

ANA PAULA TROMBETTA
JÔNATAS CAROLINO DOS SANTOS JÚNIOR
JULIANA CIPRIANO BRAGA SILVA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR:
APRIMORANDO O CUIDADO A JOVENS MULHERES, DE 15 A 24 ANOS, NAS
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC E RIO GRANDE - RS**

FLORIANÓPOLIS, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA PAULA TROMBETTA
JÔNATAS CAROLINO DOS SANTOS JÚNIOR
JULIANA CIPRIANO BRAGA SILVA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR:
APRIMORANDO O CUIDADO A JOVENS MULHERES, DE 15 A 24 ANOS, NAS
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC E RIO GRANDE - RS**

FLORIANÓPOLIS, 2007.

**ANA PAULA TROMBETTA
JÔNATAS CAROLINO DOS SANTOS JÚNIOR
JULIANA CIPRIANO BRAGA SILVA**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR:
APRIMORANDO O CUIDADO A JOVENS MULHERES, DE 15 A 24 ANOS, NAS
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC E RIO GRANDE - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso nas Unidades Locais de Saúde do Rio Vermelho/SC e CAIC/RS, apresentado como requisito parcial da disciplina: Estágio Supervisionado II da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Maria do Horto Fontoura Cartana.

FLORIANÓPOLIS, 2007.

Ana Paula Trombetta
Jônatas Carolino dos Santos Júnior
Juliana Cipriano Braga Silva

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR:
APRIMORANDO O CUIDADO A JOVENS MULHERES, DE 15 A 24 ANOS, NAS
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC E RIO GRANDE - RS**

Este trabalho de conclusão de curso foi submetido a processo de avaliação pela Banca Examinadora e aprovado na sua versão final em 28 de Novembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina e do Curso de Graduação em Enfermagem.



Edilza Maria Ribeiro
Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem


BANCA EXAMINADORA:



Maria do Horto Fontoura Cartana
Orientadora



Astrid Eggert Boehs
Professora convidada



Enfª Karine Patrícia Stülp
Supervisor



Enfº Claudimar Carlos Dalpiaz
Supervisor

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de caminhar em busca de conhecimento e sabedoria.

Aos nossos pais, pelo amor, carinho, apoio, conselhos e pela sólida formação dada, mesmo estando longe é como se vocês sempre estivessem presentes para nós.

Aos nossos irmãos e demais familiares, pelo carinho, colaboração e estímulo.

Aos nossos companheiros, pelo amor, compreensão, companheirismo, solidariedade e incentivo na busca dos nossos ideais. Vocês são a mais importante fonte de apoio intelectual e afetivo, sem os quais certamente este trabalho não chegaria ao fim.

À nossa professora-orientadora Maria do Horto Cartana, pelas valiosas intervenções, sabedoria e paciência, que nos levaram a refletir e ampliar o conhecimento.

Aos nossos enfermeiros-supervisores Liliane de Mello Lisboa, Karine Patrícia Stülp e Claudimar Carlos Dalpiaz, pela disponibilidade, colaboração e dedicação que dispensaram ao nosso aprendizado.

A toda equipe da UBSF CAIC e ULS Rio Vermelho, por acreditarem no nosso trabalho e nos apoiarem, pelo comprometimento, conhecimento compartilhado e acima de tudo, pelas amizades que conquistamos durante esse período.

Às jovens-mulheres que participaram desse estudo, manifestando boa vontade em participar.

Aos professores e servidores da UFSC os quais oportunizaram momentos de aprendizado fundamentais para o alcance de nossos objetivos.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e nos incentivam a correr atrás dos nossos ideais.

Todos vocês merecem compartilhar dessa vitória conosco! Obrigado por tudo!

SANTOS, Jônatas Carolino dos Jr. SILVA, Juliana Cipriano Braga. TROMBETTA, Ana Paula. **Consulta de Enfermagem para o Planejamento Familiar: aprimorando o cuidado a jovens mulheres, de 15 a 24 anos, nas Unidades Locais de Saúde de Florianópolis - SC e Rio Grande – RS**, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 90p. Orientadora: Maria do Horto Fontoura Cartana.

RESUMO

Este trabalho é um projeto de prática de cuidado a jovens mulheres durante a consulta de enfermagem, articulando a política de planejamento familiar às características sócio-culturais de comunidades atendidas em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis/SC e uma de Rio Grande/RS. São discutidas as propostas de ações educacionais tradicionais que enfatizam a abordagem apenas biológica do planejamento familiar, haja vista as estatísticas referentes à saúde reprodutiva das adolescentes. Para a concretização desta proposta de aprimoramento do cuidado foram construídos roteiros norteadores e selecionadas mulheres entre 15 e 24 anos. A implementação da consulta foi dividida em 5 etapas sequenciais: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; entrevista com Roteiro de Atendimento; perguntas norteadoras com gravuras; exposição e orientação sobre os métodos contraceptivos; avaliação da consulta pela paciente. Com essa estratégia foi possível conhecer as consequências de uma gravidez indesejada quanto aos impactos emocionais e sociais sobre o seu processo de viver. buscou-se. O foco foi priorizar o atendimento individualizado, facilitando a exposição do pensamento e posicionamento da paciente; proporcionar atendimento em espaço físico e condições humanas de segurança e conforto, preservando assim o bem-estar físico e psico-emocional da paciente e do profissional; orientar sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher vista como principal sujeito deste processo, capaz de decidir por si mesma, e não somente optar pela distribuição de métodos contraceptivos e orientação destes. O impacto da gravidez precoce foi percebido de maneira diferente nas duas unidades. Acredita-se que o perfil sócio-econômico e a cultura local tenham grande parcela nesses resultados, ou seja, o meio em que as jovens mulheres estão inseridas contribui (ou não) para uma gravidez não planejada ou uma desejada durante a adolescência. Ressalta-se, assim a importância de se conhecer a comunidade e entender porquê tal problema está acometendo a população local antes de aplicar qualquer proposta de intervenção. O enfermeiro tem o compromisso ético e social de promover ações que visem melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento daqueles que são atendidos e a consulta de enfermagem deve ser valorizada e explorada como meio de garantir o direito à saúde da população.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública; Estudantes de Enfermagem; Gravidez na Adolescência; Saúde Sexual e Reprodutiva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivos Específicos	12
2. COMPREENDENDO AS CONCEPÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO RIO VERMELHO E CAIC	13
2.1 A cidade de Florianópolis e a Unidade Local de Saúde do Rio Vermelho	17
2.2 A cidade do Rio Grande e a Unidade Básica de Saúde da Família do CAIC	23
3. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E SUA RELAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA PRESTADA À JOVEM MULHER NAS REALIDADES ESTUDADAS	27
4. PLANEJAMENTO FAMILIAR	40
4.1 Contextualizando a realidade do Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde segundo a Lei nº 9.263/96, a atual política de atenção e os princípios doutrinários do SUS	40
4.2 O Impacto da Gravidez Precoce na Vida das Jovens Mulheres	46
5. CONSULTA DE ENFERMAGEM	51
5.1 A realização da Consulta de Enfermagem como instrumento fundamental da assistência na Atenção Básica	51
5.2 Consulta de Enfermagem voltada ao Planejamento Familiar	55
5.3 A situação das Consultas de Enfermagem nas Unidades de Saúde do Rio Vermelho e CAIC	59
5.4 Aplicação da proposta de qualificação das consultas nas Unidades de Saúde do Rio Vermelho e CAIC	62
6. CONFRONTANDO AS REALIDADES DAS CONSULTAS IMPLEMENTADAS NA VIVÊNCIA DAS COMUNIDADES DO RIO VERMELHO E CAIC	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80

APÊNDICES	84
-----------------	----

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é um projeto de prática assistencial para resolução de problema identificado por um grupo de estudantes em Estágio Curricular Obrigatório, realizado em uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis – SC e uma de Rio Grande – RS e suas respectivas comunidades no período de 11 de agosto a 28 de novembro de 2007. Essa atividade foi proposta pela disciplina Estágio Supervisionado II – Projetos para o Cuidado no Processo de Viver Humano, da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, e está incluída no total de 504 horas-aula.

A consulta de enfermagem é uma das atividades previstas nas legislações que regulamentam a Atenção Básica no país e o Exercício Profissional de Enfermagem. Apesar de seu potencial, a consulta ainda precisa melhorar sua resolutividade, particularmente frente às constantes atualizações recomendadas pelas políticas de atenção à saúde no país. Entendendo esta atividade como privativa do enfermeiro e reconhecendo a responsabilidade e o compromisso social envolvidos nesta prática, ratifica-se a importância de resgatar a qualidade, valorizar e explorar a realização da consulta de enfermagem.

Através da identificação de convergências entre a Constituição Federal, os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e o Estatuto da Criança e do Adolescente foi construído um referencial teórico como guia da proposta. Estes documentos orientadores de políticas não somente definiram no Brasil um quadro de idéias inovadoras, mas vêm sendo progressivamente concretizados com estratégias diversificadas. Em

relação ao tema específico, o trabalho fundamenta-se em aspectos da complexa relação existente entre a Lei do Planejamento Familiar e o cuidado e atenção à saúde da mulher estabelecidos na Atenção Básica.

O planejamento familiar é tradicionalmente relacionado com o combate ao aumento do crescimento populacional por meio da divulgação e uso dos métodos contraceptivos, mas também colide diretamente com questões éticas como a liberdade de escolha, o aborto e a violência sexual. Sem esquecer dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira a partir da promulgação da Constituição de 1988, e que vêm sendo implementados pelo Sistema Único de Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Por entender que a adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano e pelo fato de saber que é nesta fase que a grande maioria dos adolescentes e jovens do Brasil iniciam a atividade sexual e, em consequência, engravidam cada vez mais precocemente, embarcando numa vida sem planejamento e proteção, resolveu-se focalizar a proposta deste estudo no cuidado de enfermagem a jovens mulheres.

A consulta de enfermagem em sua proposição ideal é dirigida a cada pessoa atendida, captando suas necessidades e características individuais, e concretizando em ações a competência do enfermeiro para o cuidado. Seu caráter não está centrado apenas na resolatividade clínica, mas a consulta de enfermagem também educa, humaniza e reintegra o ser humano com seus valores e crenças.

A consulta de enfermagem com ênfase no planejamento familiar visa construir a informação adequada para que, dessa forma, a pessoa possa viver sua sexualidade plenamente e com responsabilidade. O acesso ao conhecimento necessário é uma das formas de garantir a redução de gestações indesejadas ou

não programadas e o planejamento familiar é dirigido tanto a mulheres quanto aos homens.

A troca de conhecimentos entre o enfermeiro e o paciente nunca se perde totalmente, se construída de forma compartilhada. Ainda que pouco seja, a informação que procura educar, promover e prevenir a saúde sempre permanece. O planejamento familiar pode se tornar uma ferramenta extremamente eficaz durante a consulta, onde o vínculo de confiança enfermeiro-paciente pode ser reafirmado a cada encontro e os métodos de troca de experiências podem ser aproveitados ao máximo.

Embora o planejamento familiar seja dirigido a homens e mulheres, as conseqüências do desconhecimento sobre o assunto recaem mais intensamente sobre a mulher. É ela quem gera a vida dentro de si e mesmo após o nascimento, sustenta essa vida por meio do leite materno. Portanto, durante uma consulta de enfermagem, o enfermeiro deve estar comprometido com este ser que carrega tão grandes responsabilidades, e seu compromisso é orientá-la quanto ao uso dos métodos contraceptivos e suas conseqüências, sempre respeitando suas crenças, auto-estima e valores.

A atitude do enfermeiro deve ser sem pré-julgamentos, garantindo sua postura ética como profissional que cuida de vidas. Desta forma, realizar uma consulta de enfermagem baseada em uma ótima investigação clínica e observação comportamental pode proporcionar um ambiente propício e descontraído para ambos os sujeitos, aumentando as possibilidades de se educar e resolver problemas com eficiência.

Ao entender que a atenção à saúde ideal deve estar voltada para ações de caráter preventivo e de promoção da saúde, e não somente para as de caráter curativo, buscou-se realizar consultas de enfermagem com ênfase no planejamento familiar. Essas consultas, em geral, são destinadas a mulheres

adolescentes que já vivenciaram a experiência de ser mãe, ora em situações de extrema tensão emocional, ora em liberdade de escolha e prazer.

1.1 Objetivos

Aprimorar o cuidado a jovens mulheres durante a consulta de enfermagem, articulando a política de planejamento familiar às características sócio-culturais de comunidades atendidas em uma unidade local de saúde de Florianópolis/SC e uma de Rio Grande/RS.

1.1.1 Objetivos Específicos

1. Identificar o perfil sócio-cultural e epidemiológico das jovens mulheres das comunidades;
2. Construir um roteiro para consulta de enfermagem a jovens mulheres, considerando a política de planejamento familiar e as características sócio-culturais da comunidade.
3. Aplicar o roteiro em conjunto com os enfermeiros da comunidade, identificando suas potencialidades, fragilidades e buscando seu aprimoramento.
4. Avaliar essa experiência;
5. Comparar os resultados obtidos nos dois locais de prática.

2. COMPREENDENDO AS CONCEPÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA REALIDADE DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO RIO VERMELHO E CAIC.

A Constituição de 1988, no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196¹ que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, assim deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade”.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada em um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando afirmar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, assegurando-o como um dos direitos dos cidadãos. Esta visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar, onde a cidadania nunca foi um princípio de Governo. Embalada pela busca de democratização, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080, que diz no artigo 3º ²:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

¹ BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

² BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

A partir daí o SUS passa a ser concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada também poderia participar do SUS, porém, em caráter complementar.

O SUS passou por diversas modificações em seu processo de implantação. Após inúmeras crises governamentais e momentos de instabilidade político-econômica, as NOBs (Normas Operacionais Básicas) regulamentaram leis que, aos poucos, possibilitaram o fortalecimento de programas essenciais ao bem-estar da população, como o PSF (Programa Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O PSF surge com a finalidade de reorganizar a prática da atenção à saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em novos alicerces e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida do cidadão brasileiro.

A natureza do presente trabalho leva em conta a lógica de implantação do SUS na Atenção Básica em suas principais estratégias. Por outro lado, está orientado sob o paradigma da produção social da saúde, ou seja, acredita-se que tudo que existe em sociedade é produto social, inclusive as condições de saúde de uma determinada população num determinado espaço de tempo. Dessa forma, entendendo a produção social da saúde como um paradigma, saúde passa a expressar a qualidade de vida de uma população. Para Mendes (1999) ³:

qualidade de vida, nesta situação, refere-se a condição de existência dos homens do seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. Para este viver desimpedido, como requisito, pressupõe-se um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

³ MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. Cap. 4, p.233-295. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a Saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

Assim como a concepção de saúde foi compreendida sob a referência da produção social da saúde, as práticas sanitárias foram consideradas na perspectiva da vigilância da saúde, na qual segundo Verdi e Amadigi (2005)⁴, o processo de trabalho em saúde está organizado através de estratégias de intervenção: promoção da saúde; prevenção de agravos e/ou enfermidades; atenção curativa.

Para colocar em prática as bases da Vigilância da Saúde, o Ministério da Saúde propôs a Estratégia de Saúde da Família no âmbito da atenção primária de saúde. De acordo com a Portaria 648 / 2006 do Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e entre cinco e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

O Programa de Saúde da Família (PSF) oferece também assistência odontológica, dispondo de dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene bucal. Esta equipe é responsável pela atenção à saúde de um território-área delimitado e, para esta delimitação, utiliza-se como parâmetro o número de pessoas, sendo que cada equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, mas a média recomendada é de 3000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família e sua organização com base territorial representam uma mudança na lógica de organização da atenção à saúde no país. A Distritalização da Saúde implica a idéia de que o espaço não é somente territorial, é um espaço social, onde acontece a vida, e no qual também se confrontam demandas de saúde da população e respostas sociais dos serviços de saúde.

Ao adotar como perspectiva para esse trabalho acadêmico a Estratégia de Saúde da Família e a sua lógica territorial, considera-se necessário entender e esclarecer alguns conceitos-chave, tais como: Área de Abrangência; Território-Área, Território-Microárea e Território-Moradia.

⁴ VERDI, Marta; AMADIGI, Felipa Rafaela. Capítulo 4 – Vigilância da saúde: Estratégia para a Mudança das Práticas de Saúde no SUS. P. 75-98. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde** - Textos Fundamentais. v. 1. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/ SBP, 2005.

A Área de Abrangência de uma unidade de saúde, segundo Mendes (1999) ⁵, corresponde à área de responsabilidade desta unidade e baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo populacional.

O Território-Área delimita-se em função do fluxo e contrafluxo dos trabalhadores de saúde e da população num determinado território. A lógica de sua estruturação é a constatação de barreiras geográficas impeditivas de uma livre circulação, a dimensão dos recursos existentes para uma dada população e a distância-tempo de demanda da população à unidade de saúde (VERDI; AMADIGI, 2005) ⁶.

Segundo Verdi e Amadigi (2005, p.83) ⁷ o Território Micro-Área:

é definido segundo a lógica da homogeneidade sócio-econômico-sanitária. Espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos conforme suas condições objetivas de vida. É ainda um espaço para o enfrentamento dos problemas e necessidade de saúde, [...] desenvolvendo-se a prática de vigilância da saúde.

O Território-Moradia institui-se no espaço de vida de uma microunidade social, a família. É o local para o desencadeamento de ações sobre as necessidades de saúde, participação dos indivíduos e famílias na identificação de suas necessidades e problemas de saúde (MENDES, 1993) ⁸.

Além de compreender esses conceitos-chave, também se fez necessário conhecer um pouco mais sobre a história e a realidade das comunidades do Rio Vermelho e do CAIC e suas respectivas Unidades de Saúde, pois essas representam o *locus* de maior enfoque das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos durante esse período. Foi necessário entrar em contato com a realidade, conhecer o bairro, a comunidade, as condições de vida e saúde das famílias e as características sócio-econômicas, demográficas e epidemiológicas.

⁵ MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a Saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

⁶VERDI, Marta; AMADIGI, Felipa Rafaela. Capítulo 4 – Vigilância da saúde: Estratégia para a Mudança das Práticas de Saúde no SUS. P. 75-98. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde** - Textos Fundamentais. v. 1. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/ SBP, 2005.

⁷ Idem ao anterior

⁸ MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário** - processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

2.1 A cidade de Florianópolis e Unidade Local de Saúde do Rio Vermelho:

Florianópolis é a capital de estado de Santa Catarina, a qual possui uma população de 406.564 habitantes em 2006, segundo estimativa do IBGE e é composta por doze distritos. Esta apresenta uma ascendência européia, na qual em sua maioria, encontram-se pessoas de origem portuguesa com destaque para os colonos açorianos. Ainda se fazem presentes descendentes de alemães e italianos vindo de diversas colônias do interior de Santa Catarina. Isso comprova a grande diversidade populacional que Florianópolis apresenta.

A cidade está localizada no centro-leste do estado e é banhada pelo Oceano Atlântico. Grande parte do município está situada na Ilha de Santa Catarina, que apresenta 42 praias e com isso faz com que esta seja uma cidade turística. Destaca-se ainda por ser uma capital brasileira com boa qualidade de vida e bons índices de desenvolvimento social.

Em relação à assistência à saúde, Florianópolis está dividida em cinco regionais que têm como função principal o gerenciamento dos respectivos territórios. Esta implantação ocorreu em julho de 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde. Segue abaixo um quadro apresentando as cinco regionais de saúde de Florianópolis e suas unidades de funcionamento.

REGIÃO DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE
<p>Regional Centro</p> <p>Coordenador: Patrícia Guedes Veran</p> <p>Endereço: Avenida Rio Branco, nº 90 - Centro</p> <p>Fone:3224-8838</p> <p>e-mail: regionalcentroleste@pmf.sc.gov.br</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agrônômica - Centro - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) - Monte Serrat - Prainha - Trindade

<p style="text-align: center;">Regional Continente</p> <p>Coordenador: Elizimara Ferreira Siqueira Endereço: Rua Heitor Blun, 521 - Prédio da Policlínica do Estreito; 2º andar Fone: 3244-2445 e 3244-3955.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abraão - Balneário - Capoeiras - Centro de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPSad) - Coloninha - Estreito - Jardim Atlântico - Laboratório - Monte Cristo - Morro da Caixa - Policlínica II (Estreito) - Sapé - Vila Aparecida
<p style="text-align: center;">Regional Leste</p> <p>Coordenador: Ana Maria Berretta Endereço: Av. Henrique da Silva Fontes esquina c/ rua Odilon Fernandes, S/N Trindade Fone: 3234-9557 3234-0097 e-mail: regionalleste@pmf.sc.gov.br</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Barra da Lagoa - Canto da Lagoa - Costa da Lagoa - Córrego Grande - Itacorubi - João Paulo - Lagoa da Conceição - Pantanal - Saco Grande
<p style="text-align: center;">Regional Norte</p> <p>Coordenador: Adriana Lima de Melo Endereço: Rod. Francisco Faustino Martins, s/n – Canasvieiras Fone: 3266-7355 33693608 e-mail: regionalnorte@pmf.sc.gov.br</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cachoeira do Bom Jesus - Canasvieiras - Ingleses - Jurerê - Ponta das Canas - Pronto Atendimento (PA) Norte da Ilha - Ratones - Rio Vermelho - Santo Antônio de Lisboa - Vargem Grande - Vargem Pequena

<p style="text-align: center;">Regional Sul</p> <p>Coordenador: Armindo Santoro Endereço: Av. Pequeno Príncipe nº 2859 - Campeche Fone: 3234-8749 e 3234-3136 e-mail: regionalsul@pmf.sc.gov.br</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alto Ribeirão - Armação - Caeira da Barra do Sul - Campeche - Carianos - Costeira do Pirajubaé - Fazenda do Rio Tavares - Morro das Pedras - Pântano do Sul - Ribeirão da Ilha - Rio Tavares - Saco dos Limões - Tapera
---	---

Quadro 1: Divisão das Regionais de Saúde por Unidades de Saúde no Município de Florianópolis.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <www.pmf.sc.gov.br>.

Como pode ser verificado no quadro 1, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis gerencia 48 unidades de saúde classificadas como básicas, uma unidade considerada de segunda linha de atenção por se tratar de um ambulatório de especialidades, anteriormente conhecido como PAM–INAMPS (a Policlínica II, no bairro Estreito) e três centros de atenção específica como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Unidade Local de Saúde do Rio Vermelho (ULS-RV) está inserida na Regional Norte ao lado de outras 10 Unidades Locais de Saúde e um pronto atendimento, que estão sob a coordenação regional da dentista Adriana Lima de Melo.

São João do Rio Vermelho, ou simplesmente Rio Vermelho, é um distrito da cidade de Florianópolis, e foi criado por uma Resolução Régia de 11 de agosto de 1831 (WIKIPÉDIA, 2007)⁹. Sua real formação compreende as regiões de Moçambique, Parque Florestal e São João do Rio Vermelho (sede), englobados numa extensão de 31,68 km² de terras férteis. A denominação Rio Vermelho tem origem advinda de uma nascente de água que adquire uma cor avermelhada, devido às terras que corta.

Segundo o senso demográfico do IBGE (2000), com projeção em 2007, o Rio Vermelho possui 8042 habitantes, que são usuários da unidade de saúde, sendo 4125

⁹ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Florian%C3%B3polis>. Acesso em: 01/10/2007

homens e 3917 mulheres. É importante registrar que esse número de habitantes provavelmente encontra-se desatualizado, visto que até o dia 10/10/2007 o número de pessoas cadastradas na unidade entre homens e mulheres era de 13.154 usuários.

O Rio Vermelho destaca-se por sua diversidade cultural, ambiental e sócio-econômica. Neste local localizam-se ainda a Praia do Moçambique, que é a maior praia da Ilha de Santa Catarina e Costa Catarinense, a qual integra o Parque Florestal do Rio Vermelho. Tem-se junto ao Parque Florestal, o Camping do Rio Vermelho que apresenta boa infra-estrutura com quadra de esportes, ping-pong, bocha, aparelhagem de ginástica, restaurante e mini-mercado para atender aos campistas que utilizam o local ao longo do ano.

Outra grande característica desta região evidencia-se na população que o compõe: imigrantes de outros estados circunvizinhos, como Paraná e Rio Grande do Sul, agricultores do Sul do Estado de Santa Catarina, que encontram neste lugar um pedaço de terra virgem e não explorada para morar, e por fim, os “manés da ilha”, habitantes locais que geralmente são herdeiros de terras transmitidas de gerações familiares anteriores, cumprindo um legado de décadas. Apesar desta diversidade, o Rio Vermelho defende uma cultura místico-religiosa muito forte, trazendo consigo as crenças nas benzedeadas e simpatias transmitidas pelos mais antigos, além da devoção aos santos e às missas de costume aos domingos, que são realizadas na Igreja Católica da Praça Central.

O bairro do Rio Vermelho divide-se em quatro importantes áreas: Muquém, Travessão, Ilhota e Porto. O Muquém situado no lado oeste do bairro detém grande parte da população de maior renda per capita. Esta área concentra um maior número de escolas e creches particulares, favorecendo as classes de maior poder aquisitivo. Já a maioria da população de baixa renda encontra-se situada na área do Travessão. Considerado relativamente violento, o Travessão mescla imigrantes regionais e habitantes locais em lugares de difícil acesso, com ruas não asfaltadas e sem iluminação.

Seu nome assim deriva por “cortar” ou “atravessar” o bairro do Rio Vermelho interligando-o até o bairro de Ingleses. As demais áreas, Ilhota e Porto, combinam habitantes locais e agricultores do Sul do Estado que buscam uma esperança de vida

melhor nas terras herdadas ou cultivadas por eles. Há também um grande número de catadores de lixo reciclável e vendedores ambulantes, que em alta temporada deslocam-se para as áreas litorâneas, a fim de garantir uma renda extra no verão.

Todos os moradores dispõem de energia elétrica e água potável em suas casas. Quanto ao saneamento básico existente, este é precário, sabe-se que a maioria das casas da comunidade possui fossa. A comunidade apresenta coleta seletiva de lixo em sua totalidade. Espaços públicos para lazer são inexistentes. As moradias são na sua grande maioria de alvenaria, porém encontram-se ainda casas de madeira em condições muito precárias. Também chama a atenção a presença de grande quantidade de animais pelas ruas, principalmente cachorros.

As organizações sociais e comunitárias do Rio Vermelho são representadas pelos seguintes movimentos e instituições:

- Conselho Local de Saúde: É composto pelos seguintes membros – O coordenador, Luiz Carlos Araújo da Silva, Luciane Beatriz Richert, coordenadora adjunta, Ricardo Murilo Dutra de Souza, secretário e Rosa Elisa Villanueva, secretária adjunta. É extremamente atuante e sempre está reivindicando melhorias para a comunidade junto aos órgãos públicos e municipais. Graças ao esforço e depois de muito lutar, o conselho local foi um dos responsáveis pela construção da nova unidade local de saúde que atualmente encontra-se em construção.
- Associação de Moradores do Rio Vermelho – AMORV: Apresenta sua sede ao lado da Unidade Local de Saúde, a qual muitas vezes é utilizada pela mesma para realização de grupos ou atividades educativas para a população.
- Grupo Vó Etelvina: O grupo de idosos, ligado a AMORV visa uma melhor qualidade de vida desta faixa etária. Funciona semanalmente, proporcionando oportunidades de aprendizado por meio de grupos de estudo sobre doenças na terceira idade e entretenimento, através de confraternizações, dinâmicas, jogos de cartas e dominó. É um grupo que tem bastante influência na comunidade e conta com grande participação de idosos de ambos os sexos.

Estas organizações sociais constituem parcerias importantes que a unidade possui no bairro, uma vez que sempre estão realizando atividades em conjunto com a finalidade de beneficiar a comunidade do Rio Vermelho.

A Unidade Local de Saúde (ULS) do Rio Vermelho foi fundada no ano de 1982, recebendo somente em 2007 uma reforma e ampliação da estrutura, a qual ainda está em andamento. Está localizada na Rodovia João Gualberto Soares nº 1.099.

Possui 02 equipes de PSF completas (01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico e 05 ACS no mínimo), sua área de abrangência compreende duas áreas: 420 (com 08 microáreas) e 421 (com 07 microáreas). A ULS possui um balcão de recepção para informações e marcação de consultas, uma sala administrativa, uma sala de vacina, uma sala de curativos e esterilização, três consultórios médicos (um com banheiro), um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma farmácia, um almoxarifado, uma copa e um vestiário com dois banheiros para os funcionários e depósito de material da unidade.

O horário de funcionamento é das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. Os serviços oferecidos na ULS à comunidade são: consultas de enfermagem voltadas para a saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso; consultas médicas (clínica geral, pediatria, dermatologia e geriatria uma vez por mês), atendimento odontológico, exames preventivos de câncer de mama e cérvico-uterino, vacinas, farmácia, atendimentos de enfermagem (realização de curativos, verificação de pressão e glicemia, nebulização e administração de medicação). Os Programas oferecidos à população são: Hora de Comer, Grupo de Gestantes, Bolsa Família, Controle de Diabéticos, Hipertensos e Pré-Natal, Capital Criança, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Programa Nacional de Imunizações.

2.2 A cidade do Rio Grande e a Unidade Básica de Saúde da Família do CAIC

Rio Grande é uma cidade litorânea, localizada num pontal de braço de terra que invade as águas e marca o fim da Laguna dos Patos no Oceano Atlântico propiciando com isso que a cidade possua um ambiente estuarino praticamente único. O município está localizado na Planície Costeira Sul do Estado do Rio Grande do Sul e possui uma área territorial de 2.813,91 km². A população estimada do município é de 194.351¹⁰ habitantes. O município apresenta como limites: ao norte o município de Pelotas e a Laguna dos Patos; ao sul o município de Santa Vitória do Palmar; a leste o Oceano Atlântico e o Canal do Rio Grande; a oeste os municípios de Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim; e está dividido em 5 distritos (Barra, Cassino, Taim, Quinta e Povo Novo).¹¹

A economia da cidade é caracterizada por acentuada predominância do setor secundário, numa ampla interação com o sistema viário, liderado pelas instalações portuárias de maneira que seu pólo industrial aliado ao porto, movimenta a base econômica da cidade. No entanto, outros setores tiveram grande influência no desenrolar das atividades econômicas, contribuindo com etapas para o desenvolvimento integrado do município como a agricultura, a pecuária, a pesca, o comércio e o turismo¹².

O bairro Castelo Branco II (dentre a população da área de abrangência da unidade devido à sua localização geográfica e facilidade de acesso, representa a maior demanda atendida na unidade) é vizinho imediato da FURG, situado entre o Campus Carreiros e o bairro COHAB IV. O bairro originou-se da união de diversas famílias que por não terem condições financeiras para pagamento de aluguel ou compra de

¹⁰ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat.

¹¹ BEAL, Marisa Gonçalves. Hansmann, Marília Zanotta. Carneiro, Oscar Décio. Nascimento, Sandra. **Relatório dos destaques do município**.2000. Disponível em: <http://www.riograndeturismo.com.br/site/index.php?caderno=48>

¹² BEAL, Marisa Gonçalves. Hansmann, Marília Zanotta. Carneiro, Oscar Décio. Nascimento, Sandra. **Relatório dos destaques do município**.2000. Disponível em: <http://www.riograndeturismo.com.br/site/index.php?caderno=48>

terreno, somaram esforços e decidiram lutar por um lugar para morar. Em 1995 resolveram instalar-se num terreno desocupado e mais tarde, vieram a saber que aquele terreno era de propriedade da Empresa Aliança da Bahia S/A (SP).

Então, conforme acordo firmado na Justiça, os ocupantes deveriam deixar o local transferindo-se para o bairro Castelo Branco, localizado na periferia da cidade do Rio Grande. A prefeitura comprometeu-se em preparar a infra-estrutura da área a eles destinada. A partir disso, pressionam as autoridades cobrando maior agilidade da prefeitura, afirma Velasco et al (1998) ¹³.

Atualmente, todos os moradores dispõem de energia elétrica e água potável em suas casas. Quanto ao saneamento básico existente, este é precário. Não há as mínimas condições para o tratamento de lixo e esgoto. Espaços públicos de cultura e lazer são inexistentes. Uma grande preocupação é a falta de segurança pública, não havendo qualquer tipo de policiamento nas ruas, facilitando, assim, a ocorrência de furtos, violência familiar, assaltos entre outros.

Há o predomínio de esgoto a céu aberto; as ruas não são asfaltadas, com muitos buracos e sem calçadas; muito lixo nas ruas; presença de muitos animais como cachorros, cavalos e ratos pelas ruas; as moradias são muito precárias, em sua grande maioria, construções de madeira, havendo ainda de madeira-lata, de papelão-lata as quais ficam destruídas pela ação dos temporais na região. E ainda possuem escasso poder de isolamento a respeito do frio, típico do Sul na estação de inverno, causando as doenças mais comuns nesta época do ano, como as doenças respiratórias, infecciosas e gripe, sem contar com o alagamento que ocorre a cada episódio de chuva. A maioria das casas possui metragem inferior a 20 m², com um ou dois cômodos, abrigam normalmente de 5 a 10 pessoas cada e somente uma peça é utilizada para todos os moradores dormirem¹⁴.

A precária condição sanitária evidenciada nas modalidades de banheiros existentes, no destino dado aos resíduos domésticos sólidos e líquidos, e o arruamento

¹³ VELASCO, Sírío Lopez. COUSIN, Claudia Silva. MORAES, Eliane Serpa. KERKHOFF, Josseane. **Modelagem Sócio-Ambiental de um bairro popular**. Rio Grande, julho de 1998. Tese de Mestrado apresentada na Fundação Universidade Federal do Rio Grande/ Rio Grande

¹⁴ VELASCO, Sírío Lopez. COUSIN, Claudia Silva. MORAES, Eliane Serpa. KERKHOFF, Josseane. **Modelagem Sócio-Ambiental de um bairro popular**. Rio Grande, julho de 1998. Tese de Mestrado apresentada na Fundação Universidade Federal do Rio Grande/ Rio Grande

deficiente contribuem como causadoras das doenças mais comuns constatadas no inverno.

A maioria das residências tem o banheiro fora da casa. Muitos banheiros observados são do tipo “patente”, isto é, uma casinha de madeira nos fundos da residência. O recolhimento do lixo é diário, mas muitos moradores são catadores de lixo e jogam resíduos sólidos nas valetas que passam na frente da própria casa ou no terreno desocupado mais próximo. No bairro é alto o número de desempregados e há o predomínio dos trabalhos não-qualificados e informais, como catadores de lixo para posterior venda e reciclagem e ainda há uma porcentagem que trabalha nas cooperativas de pescado, muito comuns na cidade.

A Unidade Básica de Saúde da Família do CAIC (UBSF-CAIC) está situada no Campus Carreiros da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O Centro de Atenção Integrada à Criança e ao Adolescente (CAIC) foi criado através de uma parceria da FURG com a Prefeitura Municipal do Rio Grande e tem como objetivo oferecer um espaço de promoção da cidadania, através de uma proposta político-pedagógica desencadeadora de experiências participativas e críticas.

No ano 2000 foi criada, no CAIC, uma Unidade de Saúde, com a assinatura de convênio com a Prefeitura, visando desenvolver ações dentro do Programa da Saúde da Família (PSF). Hoje a UBS possui uma equipe de PSF e com duas pediatras do Hospital Universitário, que atendem a escola e mais 780 famílias.

A unidade conta com uma recepção, sala de espera, uma sala da administração (chefia), uma sala de reuniões, um almoxarifado, três consultórios médico/enfermagem (dois com banheiro), um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos de enfermagem, dois banheiros sociais (masculino e feminino), uma copa e um estacionamento amplo.

O horário de funcionamento é das 08:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 17:30 horas. Os serviços oferecidos na UBSF à comunidade são: consultas de enfermagem (gerais: criança, adulto, planejamento familiar, resultado do preventivo) e médicas (clínico geral e pediatria), atendimento odontológico, exames preventivos de câncer de mama e cérvico-uterino, vacinas, farmácia, coleta de exames laboratoriais, atendimento de enfermagem (curativo, administração de medicação, nebulização,

verificação de pressão e glicemia). Os Programas oferecidos à população são: Ser Saudável, Grupo de Gestantes, Bolsa Família, Controle de Diabéticos, Hipertensos e Pré-Natal, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Programa Nacional de Imunizações.

A área de abrangência da UBSF CAIC corresponde aos bairros Castelo Branco II, Parque Universitário e Residencial Carvalhal, incluindo a escola. A população total estimada da região é de 2.700 habitantes e a UBSF possui uma equipe de Saúde da Família a qual é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde, concluindo, assim, que há uma microárea descoberta pela ESF.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E SUA RELAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA PRESTADA À JOVEM MULHER NAS REALIDADES ESTUDADAS

Segundo censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE (2004) ¹⁵, “a população total do Brasil ultrapassou os 180 milhões de habitantes”. Esta é uma das conclusões da Revisão 2004 da Projeção da População realizada pelo IBGE, a primeira a incorporar as taxas de natalidade e mortalidade calculadas a partir do Censo 2000 o qual afirmava que a população total do Brasil, até aquele ano, era de 169.872.856 habitantes.

O sexo feminino representa a maioria da população brasileira (50,78 %) e são elas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de serem a maior parte, a expectativa de vida das mulheres aumentou. Segundo estudo realizado pelo IBGE (2000) ¹⁶,

Ao longo do século XX, ampliou-se muito a expectativa de vida dos brasileiros. A das mulheres praticamente dobrou entre 1910 (quando era 34,6 anos) e 1990 (quando passou a 69,1). A expectativa de vida masculina cresceu 28,9 anos no período, passando de 33,4 anos em 1910 para 62,3 anos em 1990. A tendência de aumento se manteve até o fim do século XX: em 2000, a expectativa de vida para ambos os sexos era de 70,5 anos (66,71 para homens e 74,29 para mulheres).

Em função do aumento da expectativa de vida e maior participação da mulher na sociedade, assuntos como transformações físicas, menopausa, sexualidade, planejamento familiar entre outros passaram a ser de interesse para a mulher, seus familiares e profissionais da saúde. Esse fato fez com que os órgãos governamentais estabelecessem ações e programas específicos para o atendimento dessa clientela.

¹⁵ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estati.shtm>.

¹⁶ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presid.php?id_noticia=207&id_pagina=1

O Ministério da Saúde, considerando a saúde da mulher como uma das prioridades do Governo, elaborou um documento chamado de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2003, o qual tem como compromisso implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade através de atividades preventivas. Apresenta como foco ainda a integralidade da assistência e a promoção da saúde como princípios norteadores.

Segundo o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004 a 2007) ¹⁷,

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e o seu papel social de mãe e doméstico, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Pode-se afirmar que nas décadas de 30, 50 e 70 a assistência à saúde da mulher se resumia a alguns cuidados de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, ficando praticamente o resto da vida sem uma assistência mais efetiva. Para mudar essa realidade, os movimentos feministas se uniram para reivindicar os direitos de cidadãs, afirmando que suas necessidades iam além do período gravídico-puerperal e exigindo ações que proporcionassem uma melhoria na qualidade de vida ao longo de todos os ciclos.

Como resultado, no ano de 1984 o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorpora princípios e diretrizes baseados na descentralização, hierarquização, integralidade e equidade da assistência. Estes conceitos mais tarde entrariam na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf.

Essa nova assistência incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984) ¹⁸.

Atualmente, o atendimento a mulher visa a prevenção de danos e promoção da saúde e, portanto, deve ser visto de forma global por todos os profissionais da saúde que prestam esse atendimento. Sendo assim, a saúde como direito deve romper com a visão assistencialista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e pacientes, tanto na prevenção quanto na cura.

Conforme Rios apud Freire (2007) ¹⁹,

Somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, o enfermeiro estimula o falar fazendo com que a mulher interfira, dialogue e se sinta capaz. A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas.

No contexto da saúde no bairro do Rio Vermelho, a jovem mulher é vista como principal sujeito do cuidado. Esta ênfase parte da realidade dos altos índices de gravidez precoce e transmissão das doenças sexualmente transmissíveis. Neste local, a atenção a jovem mulher evidencia-se desde o seu cadastro no Sis/pré-natal, passando pelas consultas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar, até os exames de prevenção contra o câncer de colo de útero e de mama. Infelizmente, não há programas de educação que dêem continuidade a estes serviços oferecidos pela ULS-

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf.

¹⁹ RIOS, Fria Tereza Cláudia. VIEIRA, Cunha Francenely Neiva. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Revista Ciência & saúde coletiva v.12 n.2. Rio de Janeiro, 2007.

RV dificultando, assim, a incorporação e a implementação das informações fornecidas durante as consultas de rotina.

Na UBSF-CAIC, a assistência a jovem mulher é realizada de maneira integral e diferenciada, ou seja, através das consultas para realização do exame Papanicolaou e de mama, pré-natal, puerpério, planejamento familiar (consulta e grupo). Além destas, há um esforço em inserir as jovens-mulheres menores de 20 anos no serviço de saúde, por meio do grupo de adolescentes, em função do aumento no número de casos de mães adolescentes por falta de informação e orientação.

As equipes de saúde das realidades estudadas têm procurado conhecer a realidade de vida de cada jovem mulher com relação ao ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais. Em cada acolhimento realizado, os enfermeiros buscam não impor seus conhecimentos, mas sim considerar a realidade da paciente; prezando por orientações que poderão ter uma maior proximidade da realidade vivenciada. O conhecimento das necessidades de aprendizagem da jovem mulher é fundamental para construir nela os aspectos essenciais de seu autocuidado.

- Análise da População das Unidades

Conhecer e analisar as características da população de um determinado local são ações utilizadas não só para monitorar a estrutura de sexo e idade, mas também como um complemento aos estudos da qualidade de vida.

Com essas informações pode-se visualizar a média do tempo de vida, dinâmica populacional ao longo do tempo e as condições gerais de vida, que se relacionam aos fatores condicionantes de doenças ou agravos, auxiliando, assim, no planejamento de ações em saúde específicas para cada grupo etário.

De acordo com Faversani, Marques e Blank (2005),²⁰ os indicadores demográficos possibilitam quantificar grupos populacionais e gerar informações sobre

²⁰ FAVERSANI, Maria Cristina S.S.; MARQUES, Scheila Bianchi; BLANK, Vera Lúcia Guimarães. Capítulo 5 – Bases Epidemiológicas para a Prática da Vigilância da Saúde. p. 99-133. In: VERDI,

suas condições de vida: número de habitantes, de nascimentos e de óbitos discriminados por faixa etária, sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, condições climáticas, ecológicas, entre outras.

A população do sexo feminino (IBGE) residente no município de Rio Grande está estimada em 102.324 (Cento e dois mil trezentos e vinte e quatro) mulheres e destas, 9.510 (Nove mil quinhentos e dez) mulheres estão entre a faixa etária de 15 a 19 anos e 19.117 (Dezenove mil cento e dezessete) estão entre 20 e 39 anos, a população de jovens mulheres (15-39 anos) representa 24,2 % do total da população feminina.

Na área de abrangência da UBSF CAIC essa população jovem representa 44% do total de mulheres no local. Esses dados remetem ao fato da importância de se ter programas assistenciais específicos para esse público que é a maioria da população não só na área da unidade, mas no Brasil como um todo.

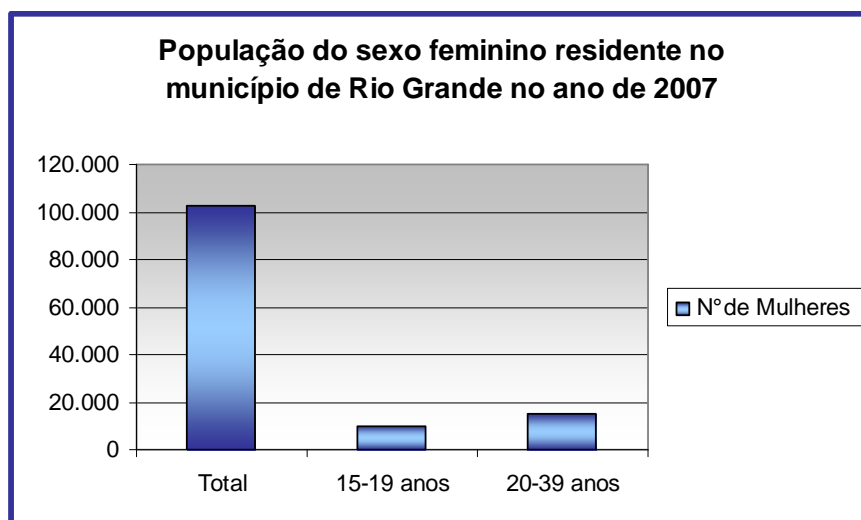


Gráfico 01: População do sexo feminino residente no município de Rio Grande no ano de 2007.

Fonte: IBGE

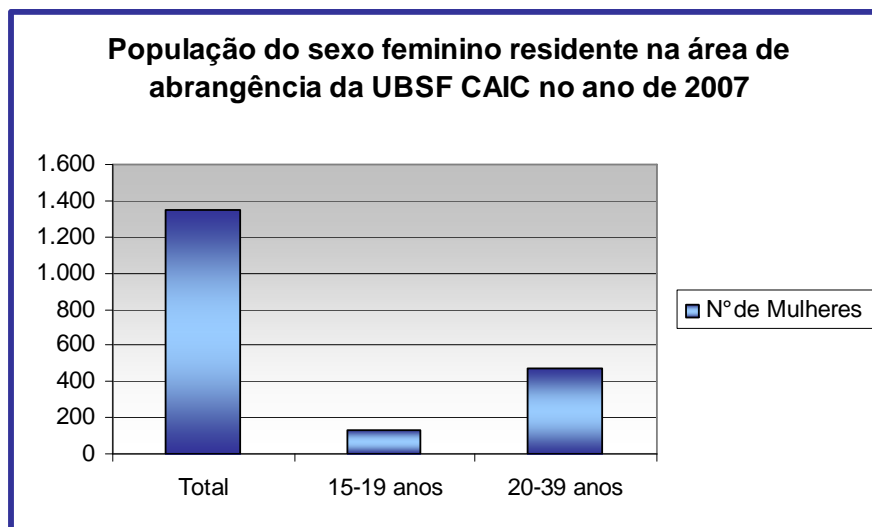


Gráfico 02: População do sexo feminino residente na área de abrangência da UBSF CAIC no ano de 2007.

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

A partir dos dados populacionais, é importante saber dessas jovens mulheres quantas foram ou são gestantes. No CAIC, do total das mulheres gestantes, mais da metade são adolescentes. Em 2005, as gestantes adolescentes representaram 65% do total, em 2006 63,3% e até o mês de julho de 2007 41,6%, mostrando que ao longo desses três anos a situação se mantém a mesma. Isso justifica a importância da realização deste trabalho, pois mostra que a atenção à jovem mulher não está acontecendo de forma adequada e que há uma grande necessidade de voltar a assistência para essa população extremamente vulnerável no que se trata de gravidez não planejada.

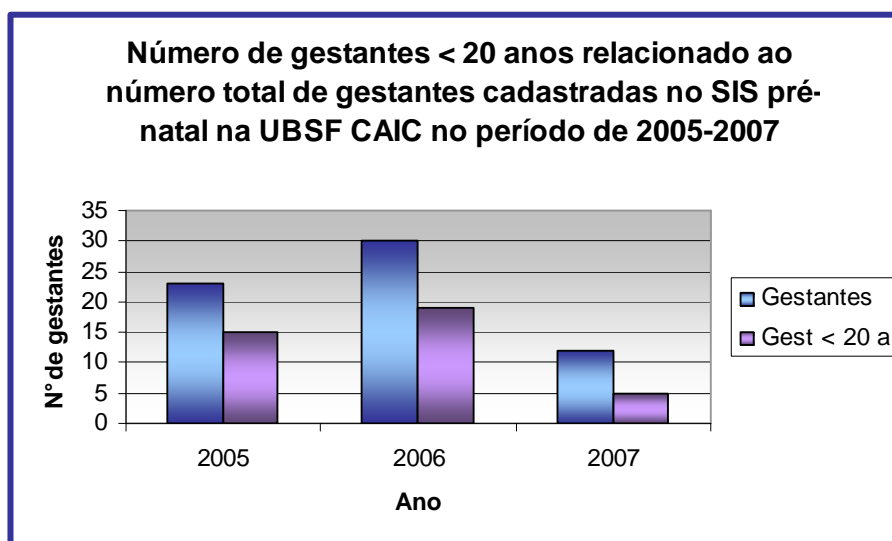


Gráfico 03: Número de gestantes < 20 anos relacionado ao número total de gestantes cadastradas no SIS pré-natal na UBSF CAIC no período de 2005-2007.

Fonte: Livro de registros da unidade

Conforme fonte de dados do IBGE a população do sexo feminino residente no município de Florianópolis está estimada em 214.780 (Duzentos e quatorze mil setecentos e oitenta) mulheres. Sendo que destas, 21.229 (Vinte e um mil duzentos e vinte e nove) mulheres estão entre a faixa etária de 15 a 19 anos.

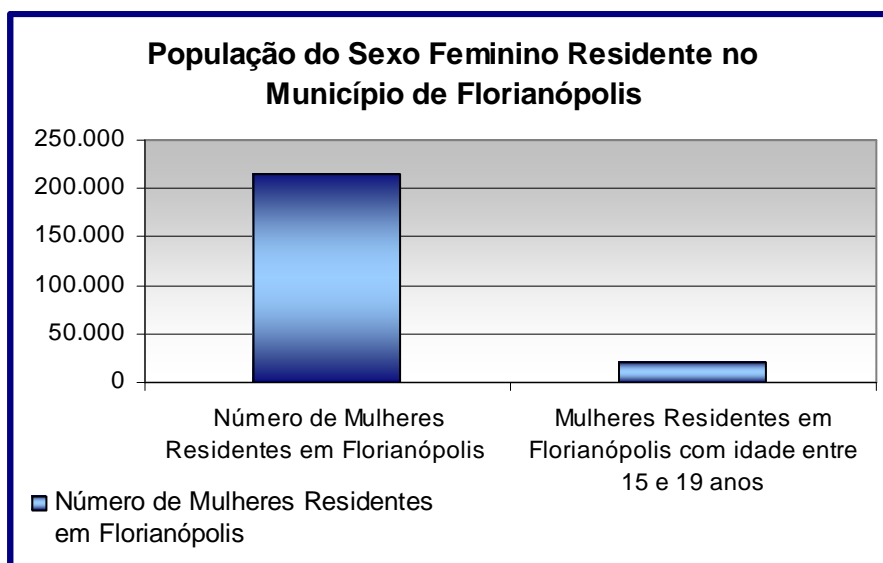


Gráfico 04: População do sexo feminino residente no município de Florianópolis

Fonte: IBGE

Já o bairro do Rio Vermelho apresenta um total de 3.917 (Três mil novecentos e dezessete) mulheres residentes no local. Deste total, 720 (Setecentos e vinte) mulheres situam-se na faixa entre 10 e 19 anos e, mais de 2000 (Duas mil) entre 20 e 49 anos.

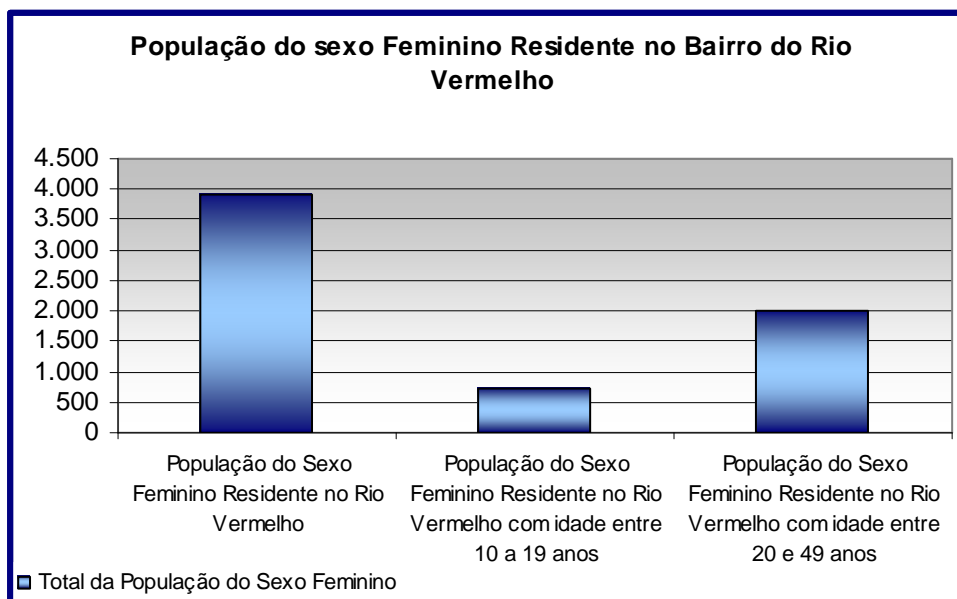


Gráfico 05: População do sexo feminino residente no Bairro do Rio Vermelho
Fonte: IBGE

Os dados dos gráficos abaixo correspondem ao número de gestantes cadastradas pelos enfermeiros da equipe da Unidade Local de Saúde do Rio Vermelho (ULS-RV) no SIS Pré-Natal, que é um sistema informatizado e desenvolvido pelo DATASUS para utilização dos municípios no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no período a que se refere julho de 2006 a maio de 2007.

Nas faixas etárias referenciadas, as quais compreendem as idades entre 15 e 24 anos, soma-se um total de cinquenta e seis mulheres cadastradas segundo registros da unidade.

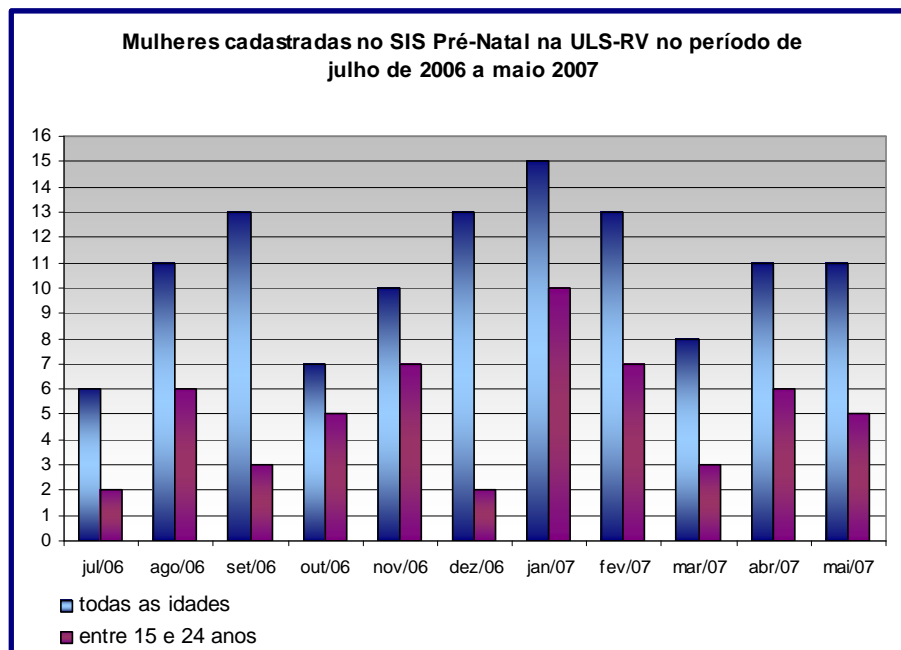


Gráfico 06: Mulheres Cadastradas no SIS Pré-Natal na ULS-RV no período de julho de 2006 a maio 2007

Fonte: Livro de Registro da ULS – Rio Vermelho

Pode-se observar que o mês de Janeiro se sobressaiu sobre os demais tanto no cadastro geral das mulheres quando no cadastro a mulheres com idade entre 15-24 anos. Observar-se ainda que no decorrer dos meses não há sequência lógica de progressão ou redução dos cadastros, caracterizando assim um bairro de demanda diversificada durante todo o período sem seguir um padrão específico.

Observa-se ainda que os cadastros das mulheres no SIS Pré-Natal ocorrem em fases. Como podemos observar nos meses de julho a setembro de 2006 foi crescente, sofreu queda em outubro de 2006 e posteriormente voltou a crescer até janeiro de 2007, o mês de maior registro. Essa frequência segue sucessivamente até o último mês de comparação que é maio de 2007.

Unidade	Prestadora	do	Número de Mulheres cadastradas no SIS
Serviço			Pré-Natal na faixa etária de 15 a 24 anos
Centro	de	Saúde	Rio
vermelho			43 mulheres

Tabela 01: Mulheres cadastradas no SIS Pré-Natal segundo o DATASUS pela ULS-RV no período de julho de 2006 a maio 2007 com idade entre 15 e 24 anos

Fonte: DATASUS

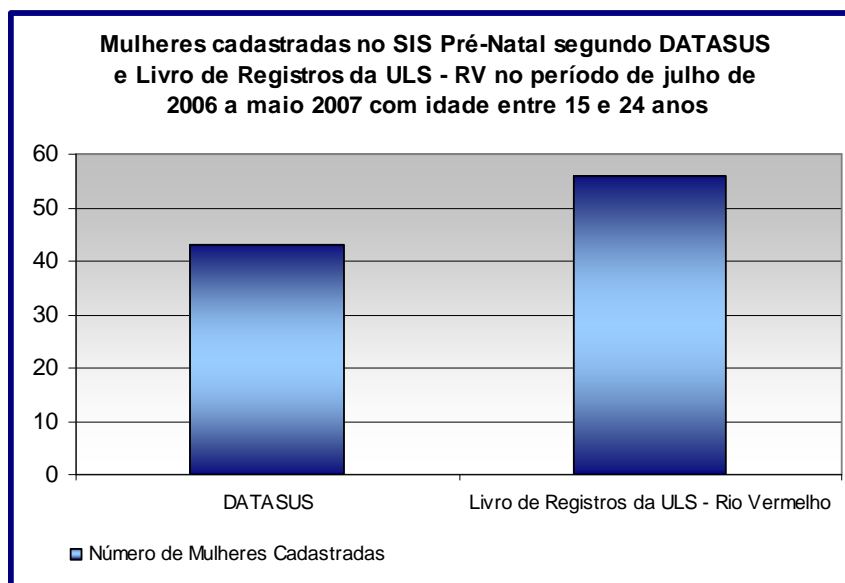


Gráfico 07: Mulheres cadastradas no SIS Pré-Natal segundo o DATASUS e livro de registro da ULS-RV no período de julho de 2006 a maio 2007 com idade entre 15 e 24 anos

Fonte: DATASUS e Livro de Registro da ULS-RV.

De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde através do DATASUS, o número de gestantes cadastradas no SIS Pré-Natal no bairro do Rio Vermelho corresponde a 43 jovens mulheres, na faixa etária entre 15 e 24 anos e no período entre julho de 2006 e maio de 2007. Esses dados não correspondem aos levantados na unidade visto que no livro dos registros o número de gestantes cadastradas nessa faixa etária foi de 56 mulheres.

Ao compararmos os dois valores encontrados, referentes ao período de julho de 2006 a maio de 2007 e partindo do princípio de que o livro de registros é um dos subsídios utilizados para formulação dos dados oficiais tanto do DATASUS como SIAB, e sabendo ainda da precisão dos cadastros e registros no livro do SIS Pré-natal na unidade levanta-se o seguinte questionamento: O que pode ter originado a diferença de registros do mesmo dado populacional entre o DATASUS e Livro de Registro da Unidade, em um mesmo período de tempo?

Quando se pretende trabalhar numa atenção integralizada, deve-se considerar como fatores deste questionamento, as ações dos profissionais atuantes, o meio ambiente em que eles estão inseridos e as relações interpessoais existentes. Em outras palavras, não é suficiente quantificar ou descrever as características das populações,

mas é necessário localizar onde estão ocorrendo os agravos, os marcadores, como a população está sendo atendida, que serviços estão procurando, e quais os locais de risco ambiental potencial.

Entretanto, como já fora ressaltado, muitos destes dados coletados não são inseridos no SIAB. Ademais, a distribuição das equipes em segmentos, áreas e microáreas têm como base parâmetros meramente quantitativos e é realizada manualmente pela própria coordenação do PSF conjuntamente com os agentes, muitas vezes de forma empírica, sem o mapeamento adequado, ocasionando não-homogeneidade ou mesmo sobreposição entre as áreas de atuação dos agentes. E, neste caso, quando a equipe de saúde deixa de realizar estas ações com precisão, a comunidade é a primeira a sofrer as consequências.

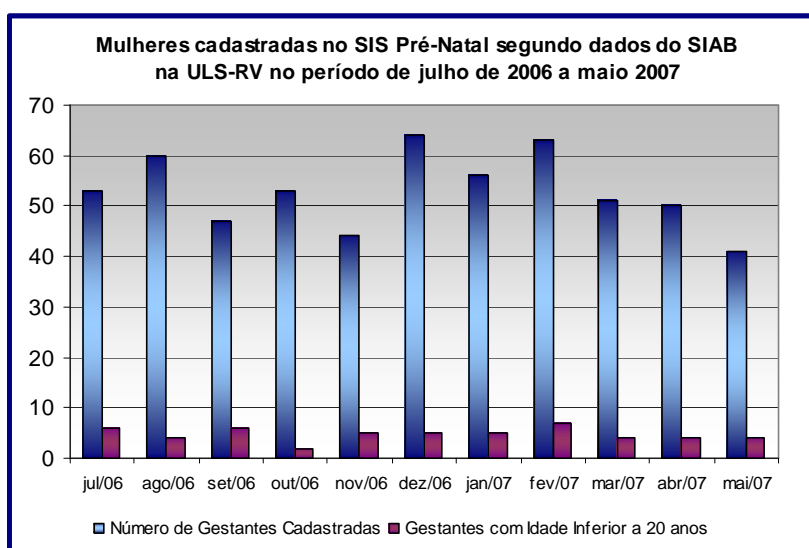


Gráfico 08: Mulheres Cadastradas no SIS Pré-Natal segundo dados do SIAB na ULS-RV no período de julho de 2006 a maio 2007

Fonte: SIAB

Os dados cadastrados e controlados pelos órgãos competentes transferem informações concretas a respeito do andamento dos programas de Governo, suas repercussões ao sistema de incentivos à população e a avaliação dos reflexos na implantação da atenção primária em um determinado bairro e/ou município.

Neste contexto da Atenção Básica, Mendes (2002)²¹ afirma:

²¹ MENDES, Vilaça Eugênio. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

O sistema de incentivos é um dos mais decisivos num contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as retribuições através de recompensas e penalidades, coerentes e claras... o fato é que a atenção primária tem muito o que melhorar, em especial no aspecto qualitativo. Isso pode ser verificado pela análise da morbidade hospitalar, da mortalidade infantil e materna e do Pacto dos Indicadores de Atenção Básica.

Conforme os dados fornecidos pelo SIAB, no período que vai de julho de 2006 a maio de 2007, cinquenta e duas novas gestantes foram cadastradas no programa SIS Pré-natal pela ULS do Rio Vermelho. Observa-se ainda que o maior número de mulheres cadastradas menores de vinte anos ocorreu no mês de fevereiro de 2007, seguida por julho e setembro de 2006.

Com relação aos dados mencionados, pode-se notar que a diferença numérica mostra discrepância entre si, assinalando que a Unidade de Saúde do Rio Vermelho atende realmente mais gestantes do que é contabilizado.

É por esta razão que, muitas vezes o conceito de Atenção Básica tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços nos níveis de complexidade mais altos da atenção à saúde, ao invés de implementá-las no campo amplo da saúde pública, respeitando o princípio da integralidade do SUS.

Como já fora dito, os incentivos constituem a principal forma dos municípios viabilizarem recursos novos no campo da atenção básica. Porém, a política de saúde a eles associada pode não corresponder às necessidades locais. Além disso, é importante lembrar que, como os valores transferidos pelo Governo Federal não cobrem o custo dos serviços do PSF, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não fazem parte das necessidades prioritárias de saúde de sua população.

Cabe ao Estado, como esfera gestora, coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos e acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território, a fim obter um *feedback* positivo quanto à implementação dos objetivos que o PSF propõe.

Por fim, há que se considerar a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de alocação de recursos do Governo Federal aos municípios e do governo estadual aos municípios e, esta mesma necessidade deve se aprofundar segundo os critérios inspirados na Lei Orgânica da Saúde.

4. PLANEJAMENTO FAMILIAR

4.1 Contextualizando a realidade do Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde segundo a Lei nº 9.263/96, a atual política de atenção e os princípios doutrinários do SUS

Segundo a Constituição Federal de 1988²², no artigo 196 encontra-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção.

A Constituição estabeleceu direitos e deveres básicos dos cidadãos e deu origem ao Sistema Único de Saúde, pois alterou as bases do sistema público de saúde. Mas, para que os direitos e deveres pudessem ser usufruídos ou exercidos, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080, de 19/09/1990 e Lei nº 8.142, de 28/12/1990), as quais vieram para reforçar os princípios fundamentais que já estavam contidos na Constituição transformando o modelo seletivo de atenção à saúde, somente para os contribuintes do sistema previdenciário, para um modelo descentralizado e universal, independente de contribuição – a saúde como um direito de todos.

O SUS deve ser compreendido não apenas pelos seus princípios organizativos e diretrizes operacionais, mas principalmente, deve ser visto como uma nova política e organização para reordenar os serviços e ações de saúde no Brasil. Pode-se apontar que a organização deste Sistema de Saúde está contida nos Princípios e Diretrizes no capítulo II da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19/09/1990, a qual dispõe sobre as

²² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e no artigo 7º apresenta alguns Princípios do SUS²³, nos quais enquadram-se:

Universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (...), igualdade (...) integralidade da assistência entendida como (...) ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (...), preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Universalidade significa garantia de acesso aos serviços oferecidos pela rede a todos os usuários, independente do nível de complexidade da assistência. Igualdade é o acesso ao serviço de forma igualitária, sem discriminação ou qualquer tipo de preconceito por raça, cor, orientação sexual ou renda. Integralidade é assistir ao usuário de forma integral vendo ele como um todo, completo; o ser que recebe o atendimento merece ser considerado em sua totalidade, sem que sua autonomia seja exaurida. Autonomia representa respeito à privacidade, confidencialidade e direito de aceitar ou não a realização de qualquer procedimento.

Estes princípios remetem a um conceito mais abrangente de saúde, ultrapassando um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral, no qual haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de prevenção. Entretanto, o modelo biomédico ainda tem respaldo na mente de muitos usuários e profissionais, com concomitante insuficiência de informação, prevenção e promoção de uma vida saudável.

É importante ressaltar que com a mudança na concepção do processo saúde-doença, iniciou-se a construção de um modelo assistencial articulando epidemiologia, planejamento e ciências sociais em saúde. Para Teixeira e Costa (2005)²⁴:

A noção de Vigilância da Saúde articula os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde, às ações de vigilância sanitária,

²³ BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

²⁴ TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. **Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, Estratégias e Práticas**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf.

ambiental e epidemiológica, que tomam como objetos riscos e danos, às ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, até a assistência ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica a indivíduos que necessitam de cuidados sejam preventivos, recuperadores ou reabilitadores da saúde.

Verdi e Amadigi (2005)²⁵ vão ao encontro dessa definição ao reforçarem que a vigilância da saúde é definida como uma nova prática sanitária, ou seja, uma nova forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde da comunidade em todas as suas dimensões, que implica em organizar os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção. Dentro dessa perspectiva, existe a associação de algumas estratégias de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e danos, recuperação desses e a atenção curativa.

Para colocar em prática esses novos paradigmas sanitários, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria 648 de 28/03/2006²⁶, a qual estabelece que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

A promoção da saúde é definida como a “soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva”. A prevenção de doenças “organiza-se como um modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre os problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar”. A recuperação de danos e doenças são medidas

²⁵ VERDI, Marta; AMADIGI, Felipa Rafaela. Capítulo 4 – Vigilância da saúde: Estratégia para a Mudança das Práticas de Saúde no SUS. P. 75-98. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde** - Textos Fundamentais. v. 1. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/ SBP, 2005.

²⁶ **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 19/09/2007.

necessárias para que ocorra o restabelecimento da saúde ou o bem-estar físico do paciente. A atenção curativa “está destinada para a cura ou cuidado dos doentes, para o prolongamento da vida, para diminuição das dores e para a reabilitação das seqüelas” (MENDES, 1999, p.246-247) ²⁷.

Partindo do princípio de que saúde não é meramente ausência de doença, mas sim um processo com resultados de uma produção social e que expressa a qualidade de vida de uma população, pode-se perceber que condições de trabalho, de educação, saneamento básico, habitação, lazer, higiene, alimentação, acesso a bens e serviços, inclusive de saúde, são alguns fatores que determinam o processo saúde-doença de uma população em geral.

No âmbito da assistência integral e universal, a Constituição Federal²⁸ em seu artigo 5º afirma que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...)”. Nesse contexto, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº. 8.069/90) que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal determina uma política de atenção integral à criança e ao adolescente. Na área da Saúde, esse princípio significa a obrigatoriedade e priorização de ações e serviços que atendam às especificidades das crianças e dos adolescentes e contribuam para o desenvolvimento sadio e harmonioso. Dessa forma, o ECA (Lei nº. 8.069/90)²⁹ dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e em seu artigo 7º confirma que “A criança e o adolescente têm direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

As concepções do presente trabalho partem de alguns princípios: os que regem o SUS associado à política de planejamento familiar incentivada pelo Ministério da Saúde, a qual foi legalmente oficializada em 1988, através da portaria 3.660, e da Lei nº 9.263/96, artigo 226, parágrafo 7º, que concede o direito às famílias brasileiras a terem condições de acesso aos métodos e técnicas para o controle da sua

²⁷ MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. Cap. 4, p.233-295. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a Saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

²⁸ BRASIL, **Constituição Federal**, 1988.

²⁹ BRASIL, **Lei nº 8.069**, 1990.

fecundidade. A Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96)³⁰ garante a liberdade dos sexos em optar, responsavelmente, pela quantidade e oportunidade de terem filhos, de modo que o viver saudável da família não seja rompido. Vale ressaltar que segundo esta lei “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (...) em todos os ciclos vitais (...)”. A nova Cartilha dos Direitos Sexuais e Reprodutivos – uma prioridade do Governo, estabelecida pelo Ministério da Saúde, além de reforçar os princípios e objetivos dos documentos acima citados, traz como novidade a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, com o objetivo de facilitar o acesso do serviço para a população. Esse passo é de extrema importância, pois se sabe que a procura para realização da vasectomia e laqueadura é bastante grande e o acesso para estas pessoas ainda é um pouco limitado.

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para trabalhar esses assuntos de extrema importância dentro nas Unidades Locais de Saúde é através da consulta de enfermagem, na qual ocorre um atendimento individualizado e voltado especificamente para o usuário que procura o serviço.

Na UBSF - CAIC, o Planejamento Familiar é trabalhado individualmente nas consultas de enfermagem e médica, nas quais são realizadas orientações a respeito dos métodos contraceptivos e seu uso correto. Há também um grupo de planejamento familiar mensal que ocorre na Associação de Moradores do bairro Castelo Branco II, o grupo ocorre em dois dias, ou seja, duas microáreas por dia. Neste grupo há discussão e/ou explanação acerca de algum tema ligado ao planejamento e no final é realizado a entrega de anticoncepcionais orais e preservativos masculinos. Os anticoncepcionais injetáveis são oferecidos na própria unidade. O DIU recentemente está sendo fornecido pela Secretaria da Saúde, após avaliação é feito o encaminhamento. Para anticoncepção definitiva (laqueadura e vasectomia), depois de avaliado o caso em equipe (enfermeira e médica), realiza-se o encaminhamento para o hospital de referência.

Por estar localizada junto a uma escola de Ensino Fundamental, periodicamente a unidade realiza atividades de educação e orientação aos alunos como

³⁰ BRASIL. Lei nº 9.263, 1996.

dinâmicas, palestras, exibição de filmes, participação nos projetos e, quando necessário, a diretora ou pedagoga encaminha casos individuais para serem trabalhados com a equipe de saúde.

Apesar desse acompanhamento, continuam altas as taxas de natalidade e o número de adolescentes grávidas, por isso foi criado também recentemente o grupo de adolescentes que discute questões como sexualidade, conhecimento do corpo e planejamento familiar.

Já na comunidade do Rio Vermelho, a equipe trabalha com o processo do planejamento familiar, principalmente, na prevenção da gravidez precoce e nos usos dos métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde através do Ministério da Saúde. Esse planejamento é trabalhado através de consultas de enfermagem ou médicas, de forma individualizada, nas quais são abordados temas como contracepção, forma correta de utilização dos métodos e esclarecimento de possíveis dúvidas que a paciente possa ter. Os anticoncepcionais tanto orais quanto injetáveis são fornecidos na unidade, como também o gel espermicida. Para colocação do DIU, é necessário realizar consulta com a médica e exames de rotina e após isso ocorre o encaminhamento para a ginecologista da Unidade Local de Saúde dos Ingleses que é a unidade de referência para o norte da ilha. A unidade não realiza grupos de planejamento familiar principalmente pela demanda reduzida de pacientes e a falta de estrutura física que comporte tal atividade.

Tal como Rio Grande observou-se que as taxas de natalidade e o número de jovens adolescentes grávidas ou na segunda gestação continuam crescendo. Sabe-se que a consulta voltada para planejamento familiar existe e é realizada na unidade, porém o público que mais utiliza esse tipo de atendimento são jovens acima de 25 anos que procuram encaminhamento para realização de vasectomia e laqueadura.

Sabe-se ainda que um planejamento familiar bem aplicado e orientado tem a capacidade de causar impactos sociais extremos, a partir do momento que rompe com a visão individualista, e passa a ser um instrumento de promoção de saúde para toda

uma comunidade, atingindo todas as faixas etárias e formando linhas de pensamento sólidas, arraigadas no contexto do “ser saudável”. Segundo Zampieri (2005) ³¹:

O Planejamento familiar, entendido como direito fundamental do ser humano, possibilita regular a fecundidade e decidir livre e responsabilmente em ter ou não ter filhos, quando tê-los; ter acesso à informação, educação e serviços de planejamento familiar, exercer a sexualidade plena e realizar tratamento da infertilidade.

Como recurso vinculado ao planejamento familiar, além das orientações recebidas nas consultas de enfermagem e médica, a comunidade possui acesso gratuito aos informativos do Ministério da Saúde sobre os métodos contraceptivos temporários e permanentes, a distribuição gratuita de preservativos masculinos, o encaminhamento para as orientações médicas, quando se faz necessário o uso dos métodos contraceptivos por livre escolha da mulher e/ou família.

Dentro da perspectiva da educação em saúde, a ULS-RV atua junto à comunidade, especialmente nas escolas e creches, educando crianças e adolescentes de faixas etárias distintas. Entretanto, não se trata de um trabalho contínuo e de longo prazo. Isto, por sua vez, reflete uma das mazelas do bairro, onde se identifica um alto índice de gravidez precoce.

4.2 O Impacto da Gravidez Precoce na Vida das Jovens Mulheres

Segundo Luft (2000) ³², jovem mulher é uma pessoa do sexo feminino que não apresenta idade avançada, moça, após a puberdade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. ° 8.069/90 (BRASIL, 1990), circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de

³¹ ZAMPIERI M. Fátima Maria de; GARCIA Z. Regina Olga; BOEHS Eggert Astrid; VERDI Marta. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher – Textos Fundamentais**. Série Atenção Primária à Saúde, volume II. Florianópolis, 2005.

³² LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. Organização e supervisão Lya Luft. São Paulo: Ática, 2000.

idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, definindo o público beneficiário como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade.

Com o passar do tempo, e principalmente nos últimos dois séculos, observamos que é durante a adolescência que ocorre o início da atividade sexual da maioria dos jovens e esta vem acontecendo com maior liberdade e mais cedo nas últimas gerações.

De uma maneira geral, o senso comum atribui à faixa etária da adolescência e juventude a atividade escolar e a preparação profissional, em um contexto de dependência econômico-familiar. Dessa forma, é preciso atingir a maioridade, terminar os estudos, ter melhor trabalho e melhor salário, para só então estabelecer uma vida independente dos pais e uma relação amorosa duradoura, culminando na formação de uma nova família por meio do casamento e dos filhos.

Apesar dessa expectativa social, a realidade para a maioria da população brasileira é de que não há a separação do período de estudo e preparação profissional da vida adulta propriamente dita e a baixa qualidade da educação somada às poucas oportunidades de trabalho e emprego. Para os adolescentes pobres, esta realidade está diretamente relacionada ao abandono da escola, ou seja, os adolescentes são obrigados a enfrentar muito cedo o mercado de trabalho, especialmente no mercado de trabalho informal, “pulam” a etapa de preparação profissional e começam uma vida de independência sem alcançar a maturidade necessária para a mesma.

O início precoce da vida sexual e a falta de planejamento familiar rompem com essa trajetória tida como natural e emergem socialmente como problema e risco a ser evitado. Existem fatores que são predisponentes para o início precoce da vida sexual e, conseqüentemente, para a experiência de ser mãe ou pai precocemente, dentre as mais variadas situações que colaboram para que isso ocorra em uma grande quantidade de adolescentes, destaca-se a falta de informação sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar; os altos índices de evasão escolar; falta de objetivos na vida, presentes principalmente, em jovens de classe social mais baixa; pouca comunicação entre pais e filhos; lares desestruturados entre outros (NETO,

2003)³³ e, somado a isto, há a falta de coerência por parte da sociedade que permite a vinculação ostensiva nas principais mídias de estímulos a práticas sexuais e não se prepara para atender a essa demanda de jovens que decidem iniciar a vida sexual precocemente.

A assistência preconizada pelo Ministério da Saúde leva em consideração faixa etária, gênero, patologia para focar as suas atividades e os seus programas, como Saúde da Mulher, Grupos de Crônicos, entre outros. Mesmo com a ampla abrangência que tem e mesmo após a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) não é observado na prática a relevância que a fase da adolescência tem para a vida futura, a mesma não é percebida como um período conturbado e carente de cuidados específicos. Isso faz com que os profissionais da saúde não estejam preparados para atender esse público que tem uma linguagem própria, conhecimento e valores nem sempre constituídos, não são mais crianças, mas também ainda não são adultos e, concomitantemente, faz com que os adolescentes não procurem os serviços de saúde.

Diante disso, nota-se que além da adolescência ser um período difícil da vida e necessitar de uma abordagem própria, os serviços de saúde ainda não conseguem alcançar esses indivíduos, os quais, normalmente, estão em situação de risco, quando não social, risco pessoal.

Mandú (2000)³⁴ afirma que “vergonhas, inseguranças, medos, estereótipos e preconceitos ampliam a vulnerabilidade de adolescentes a problemas relativos à sexualidade e reprodução, sobretudo quando essas vivências esbarram na falta de apoio familiar e social”. É importante lembrar que quando se fala em gravidez precoce refere-se tanto às adolescentes mulheres quanto aos homens, mas aqui a opção é de se trabalhar com as mulheres. As transformações e mudanças ocorrem na vida de ambos tanto no âmbito social, familiar como no próprio relacionamento entre o casal.

³³ NETO, A.C. de S. **Gravidez na Adolescência**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br>

³⁴ MANDÚ, E. N. T. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. **Revista Adolescer: compreender, atuar, acolher**. ABEn – Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/revista/cap3.1.html>

Esteves e Menandro (2005)³⁵ mostram que a gravidez precoce traz sérias conseqüências para a futura mãe como: a impossibilidade de completar a etapa da vida (adolescência); abandono da vida escolar; menor chance de qualificação profissional; grande dificuldade para rearticular a vida sexual e, conseqüentemente, limitar o número de filhos; dependência financeira absoluta da família ou do pai da criança; maior risco de instabilidade conjugal; vivência de preconceito; despreparo para lidar com o desenvolvimento do filho, maior risco de comprometimento da saúde física e/ou emocional do bebê e da mãe adolescente.

Além das conseqüências para a mãe, não se pode deixar de mencionar as conseqüências imediatas para a gestação e para o bebê, Carvalho et al (2002)³⁶ em sua pesquisa constataram que a situação da adolescente gestante está relacionada à prematuridade, baixo peso ao nascer, aumento do risco de morbimortalidade da mãe e da criança, baixo número de consultas de pré-natal, restrição do crescimento intra-uterino, sofrimento fetal agudo intra-parto, desproporção feto-pélvica, diabetes gestacional.

A gravidez na adolescência e também na juventude é reconhecida como um acontecimento precoce ao se pensar na idade, no desenvolvimento do corpo, mas, principalmente, no planejamento de vida futura e nos estudos. Entretanto, quando sua ocorrência se dá em adolescentes em situação de risco, ou seja, num contexto de desvantagem social, oportunidades restritas, poucas opções de vida, ela passa a ser vista de forma até positiva. A maternidade, nesses casos, deixa de ser algo precoce para ser mais uma etapa natural do processo de desenvolvimento.

Gontijo e Medeiros (2004)³⁷ reforçam esta idéia quando afirmam que a maternidade é uma forma de ascensão social, como se fosse um passaporte para a vida adulta, como um estímulo para ser alguém na vida com vistas a garantir a estima dos outros e um futuro melhor para e através do filho. E mais, que a maior atração pela

³⁵ ESTEVES, J. R. ; MENANDRO, P. R. M. . Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal - RN, v. 10, n. 0, p. 363-370, 2005.

³⁶ CARVALHO, M. A. B. D., SOUZA, D. V., OLIVEIRA, D. S., PERES, L. P. M. Gravidez na adolescência : aspectos sócio-econômicos. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia Atual**. v. 08 2002

³⁷ GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.06, n.03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

gravidez vem de adolescentes provenientes de núcleos familiares matriarcais, pouco provedores de cuidado, atenção e carinho.

A gravidez precoce reflete na vida e no destino da jovem mulher, os rumos mais incertos, principalmente, na tomada de decisão. E para essas novas “crianças mães” a realidade cotidiana é totalmente desconhecida. Como já citado, o fator abandono da escola, compromete o desenvolvimento profissional e pessoal da jovem mulher. Assim, inevitavelmente, para muitas que trabalham ou estudam, a ignorância se interpõe, cegando todas as oportunidades e direitos, dos quais as mesmas não se apropriam.

A legislação é bem clara quando garante o direito da mulher grávida de afastar-se temporariamente da escola ou de qualquer serviço ou vínculo empregatício que tenha sem prejuízos por um período de determinado. Conforme o Art. 392 do Decreto-Lei 005.452 (1943) ³⁸ “a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário”.

Além disso, a jovem mulher enfrentará muitos problemas de ordem emocional durante este período. A perda de seu corpo infantil, por um corpo adolescente recém-adquirido, que está se modificando novamente pela gravidez. Neste momento, torna-se fundamental o apoio do companheiro, dos amigos e, principalmente, da família. A vida da jovem mulher irá passar por grandes transformações e ela precisará de pessoas que a auxiliem.

Os pais (biológicos ou de criação) devem estimular a discussão de uma maneira aberta. Não adianta fingir que nada está acontecendo, pois isto não irá impedir que os jovens tomem as suas próprias medidas de escape. Da mesma forma, as escolas e as Instituições de Saúde precisam estar bem estruturadas e os professores e profissionais da saúde preparados para responder às dúvidas em relação à sexualidade.

³⁸ BRASIL, **Decreto-Lei nº 005.452**, 1943.

5. CONSULTA DE ENFERMAGEM

5.1 A realização da consulta de enfermagem como instrumento fundamental da assistência na Atenção Básica

A consulta de enfermagem é um tipo de atendimento que pressupõe a atuação independente e direta do enfermeiro com o paciente. Favorece a formação do vínculo profissional-paciente, permite que o enfermeiro faça uma avaliação e planeje a melhor forma de estar atuando no problema em conjunto com esse paciente. Apesar disso, a consulta de enfermagem ainda é pouco explorada e valorizada pelos enfermeiros.

Segundo Schneider apud Adami (1989) ³⁹ “a consulta de enfermagem é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro/paciente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condição/situação do paciente”.

É uma atividade exclusiva do enfermeiro e está regulamentada segundo a lei nº 7.498/86 artigo 11 e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a não realização desta é considerado negligência ou omissão, pois impossibilita ao usuário usufruir deste bem, em benefício da sua saúde e qualidade de vida.

A consulta de enfermagem garante a continuidade da assistência e possibilita ao enfermeiro autonomia no exercício da profissão, estreita as relações com o usuário mediante atendimento individualizado com extensão à família e à comunidade, estabelece um vínculo de confiança através de um acolhimento singular, apresenta alto índice de resolutividade dos problemas de saúde, atende as necessidades e expectativas do usuário com o cuidado de acordo com o princípio da integralidade (proteção, promoção e recuperação da saúde).

³⁹ SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **A Consulta de Enfermagem como Prática de Reflexão sobre a Saúde do Cliente com Doença Arterial Coronariana e seus Fatores de Risco**. Florianópolis, fevereiro de 2002. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis.

Segundo Silva (1990) ⁴⁰ “é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o paciente percebe como acontecendo [...]”. Durante a consulta ocorre interação entre o profissional e a paciente, o que gera o estreitamento das relações e ainda podem-se perceber algumas mensagens gestuais que transmitem informações muitas vezes não transmitidas pela linguagem oral. Dessa forma, o profissional deverá interpretar as informações verbais e não verbais para estabelecer um plano de cuidados que satisfaça a necessidade demonstrada pelo paciente. Vale ressaltar que um bom diálogo entre profissional e paciente leva em conta as crenças, os valores e saberes da paciente e a auto-reflexão sobre as crenças, valores e saberes do enfermeiro, o que acaba refletindo em uma assistência de qualidade, pois possibilitará um melhor diagnóstico dos problemas e posteriores ações para resolução dos mesmos.

Para a realização da consulta é necessário que haja comprometimento do profissional com a assistência de enfermagem e o reconhecimento de que essa prática é importante para melhorar as condições de saúde da população atendida. A consulta de enfermagem tem valor potencial para a sociedade, já que é um processo educativo em que a conexão enfermeiro-paciente pode mudar a realidade dos usuários através da educação em saúde. Apesar de ser eficaz na resolução dos problemas de saúde, a consulta de enfermagem ainda é pouco praticada pelos enfermeiros e praticamente desconhecida pela população de uma forma geral.

Uma estratégia para alcançar o reconhecimento da consulta de enfermagem como prática profissional é que seja sistematizada e organizada de maneira coerente com o modelo da atenção à saúde adotado no país. Pois de acordo com Silva (1998) ⁴¹ “a implantação da consulta de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos”.

⁴⁰ SILVA, M. J. P. da A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.9, n. 3, p.114 - 9, 1990.

⁴¹ SILVA, Maria da Graça. **A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

Em sua origem, a consulta de enfermagem era uma atividade complementar ao atendimento médico. Segundo Schneider apud Santos (1999)⁴² “na década de 20, no Brasil, a consulta de enfermagem era uma entrevista pós-clínica, direcionada especificamente ao atendimento de mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, de pacientes portadores de tuberculose e de gestantes”.

A partir de 1986, a consulta de enfermagem foi legitimada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, e em suas primeiras aplicações estava direcionada principalmente a áreas mais abrangentes. Seguindo a idéia do modelo assistencial voltado para o olhar clínico, a consulta de enfermagem passou a vivenciar uma proximidade destes atendimentos, já que a medicina passa a se concentrar em atendimentos mais especializados. Segundo Verdi apud Araújo (1990)⁴³ “nesta instância, esta atividade era geralmente denominada de pós-consulta médica. Isto explica, em parte, a fragilidade das bases em que a consulta de enfermagem tem se apoiado”.

Por meio da Dra. Wanda Aguiar Horta a consulta de enfermagem, no Brasil, ganhou mais espaço no que diz respeito à assistência de enfermagem. Sua proposta sobre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) trouxe uma nova concepção para a consulta de enfermagem no marco da superação teórica de uma visão funcionalista para uma visão mais holística do ser humano. Essa teoria é considerada o ponto alto de seu trabalho e a síntese de todas as suas pesquisas. A obra de Horta permite ser interpretada, na enfermagem brasileira, como um divisor de épocas - antes de se falar em teorias de enfermagem e depois, quando se fala sobre teorias de enfermagem construída por enfermeiros. Juntamente com modelo da vigilância da saúde, outros referenciais teóricos somam-se a este suporte teórico-metodológico, a fim de que esta atividade esteja cada vez mais explícita como um modelo da Atenção Primária de Saúde.

⁴² SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **A Consulta de Enfermagem como Prática de Reflexão sobre a Saúde do Cliente com Doença Arterial Coronariana e seus Fatores de Risco**. Florianópolis, fevereiro de 2002. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis.

⁴³ VERDI, Marta; BOEHS Eggert Astrid; ZAMPIERI M. Fátima Maria de. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde – Textos Fundamentais**. Saúde Coletiva e Saúde da Criança, volume I.p.146. Florianópolis, 2005.

A Teoria de Wanda Aguiar Horta, foi escolhida para nortear este estudo, como referencial teórico da consulta de enfermagem e baseia-se no fato de que o ser humano está sempre em busca de suprir alguma de suas necessidades, sendo elas de ordem fisiológica, psicológica ou social. Necessidades estas que podem sofrer influência direta dos fenômenos universais, na tentativa constante de busca do equilíbrio, adaptação e holismo.

As necessidades estão intimamente inter-relacionadas, pois fazem parte de um todo, o ser humano, caracterizando assim o ser holístico, pois o homem é um todo indivisível e não uma soma de suas partes. Percebe-se estreitamento entre algumas necessidades e distanciamento entre outras, no entanto, todas sofrem alterações quando uma encontra-se alterada, seja por desequilíbrio causado por escassez ou excesso de atendimento (HORTA, 1979)⁴⁴.

Horta (1979) utilizou alguns pressupostos em sua teoria, os quais serviram de base para o nosso estudo, e acredita-se serem de vital importância para a real e efetiva assistência do cuidar em enfermagem. São eles:

- “A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano”.
- “A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio”.
- “Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação”.
- “A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade”.
- “A Enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do ser autocuidado”.

⁴⁴ HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

5.2 Consulta de Enfermagem Voltada ao Planejamento Familiar

A consulta de enfermagem não visa somente aprimorar e assegurar os princípios do SUS, mas também possibilita reorganizar a assistência básica à saúde para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação desta saúde no indivíduo, família e comunidade. Sendo assim, durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro precisa identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças, juntamente com a equipe de saúde, de caráter multiprofissional devidamente capacitada a prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade, para então atender as necessidades de saúde da população que frequenta a unidade.

No que diz respeito à relação enfermeiro-paciente e a consulta de enfermagem voltada à saúde da mulher, o profissional deve estar embasado cientificamente no conhecimento teórico e em sintonia com as percepções psico-afetivas da mulher.

Segundo Garcia (2005) ⁴⁵, o enfermeiro:

deve compreender que, apesar da clientela ser constituída exclusivamente por mulheres, essas são pessoas distintas, com características, atitudes e normas de conduta diferenciadas, que se encontram em faixas etárias diversas, com problemática específica e que assumem diferentes papéis: social, familiar, econômico, educacional e político.

O enfermeiro deve priorizar desenvolver uma relação de confiança com a paciente, a fim de que haja liberdade para estabelecer uma consulta de qualidade com elementos essenciais deste processo, tais como: o sigilo das informações ali coletadas e discutidas, preservando a conduta ética profissional, o estímulo da auto-estima, a verbalização dos sentimentos e do conhecimento do próprio corpo e a participação ativa da paciente na prevenção e promoção da saúde em todos os níveis. Tendo em

⁴⁵ ZAMPIERI M. Fátima Maria de; GARCIA Z. Regina Olga; BOEHS Eggert Astrid; VERDI Marta. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher – Textos Fundamentais**. Série Atenção Primária à Saúde, volume II. Florianópolis, 2005.

vista estes argumentos, pode se confirmar a importância da consulta de enfermagem e seu cunho imprescindível ao atendimento à saúde da mulher, não somente a um determinado município, mas também a qualquer estado brasileiro.

As atividades de informação em saúde reprodutiva tiveram grande desenvolvimento na implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1985, quando o Ministério da Saúde promoveu treinamentos para profissionais da saúde com este enfoque. Porém, com o passar dos anos, esta ação ficou somente no discurso de que é fundamental como medida de promoção da saúde, mas pouco executada nas unidades de saúde e nas comunidades.

Em se tratando de Planejamento Familiar, as atividades de educação e informação são extremamente importantes para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde e exige dos profissionais grande empenho para fornecer as informações necessárias para que os usuários tenham conhecimento das alternativas de anticoncepção disponíveis e possam, assim, decidir responsavelmente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos.

Para Moura e Silva apud Bruce (2003) ⁴⁶, informar o usuário em planejamento familiar envolve três componentes principais:

(...) proporcionar aos clientes a apreciação dos métodos anticoncepcionais e de suas principais características; seu emprego eficaz de modo a reconhecer que o método pode provocar alterações físicas saudáveis ou não saudáveis (...); desenvolver no cliente uma expectativa apropriada a respeito do que o serviço de saúde oferece e garante.

A consulta de enfermagem pode proporcionar ao paciente educação em saúde nesses três componentes, já que entre suas finalidades está a troca de conhecimentos, a compreensão e a motivação para o usuário refletir sobre sua saúde. O componente educativo acompanha diretamente, o processo de cuidar desenvolvido durante a consulta de enfermagem.

⁴⁶ MOURA, E. R. F. SILVA, R. M. **Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a23v9n4.pdf>

A consulta deve ser utilizada como estratégia dos enfermeiros para informar e orientar sobre o que é planejamento familiar e os métodos contraceptivos existentes e disponíveis no serviço de saúde. Apesar de não atender a um número expressivo de pessoas quando comparada às atividades em grupo, a consulta e o usuário atendido nela deve ser visto como multiplicador de saber, ou seja, por proporcionar uma interação e aproximação enfermeiro-usuário, este tem maior liberdade para expor suas dúvidas, sentimentos e curiosidades acerca deste tema que ainda não é do cotidiano de todos e compartilhar o que aprendeu com familiares, vizinhos e colegas.

Um ponto a ser ressaltado com relação à resolutividade da consulta voltada ao planejamento familiar é o fato de se reforçar a importância da presença do parceiro, que quase nunca se faz presente nas consultas e nem mesmo nos serviços de saúde, para que juntos, possam decidir qual o melhor método para o casal, para que ambos saiam confiantes da sua escolha.

Freire (1987) ⁴⁷ diz que a não socialização do saber é uma forma de dominação, fazendo com que o usuário seja mero dependente do saber e os detentores do saber, donos da verdade, impedindo assim uma comunicação ampla e franca, por isso deve-se sempre pensar que, nesses casos, informar é mostrar os direitos que cada um tem sobre suas decisões. É libertar.

Libertar para fortalecer, fortalecer para “empoderar”. Costa (2000) ⁴⁸ relata que o empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas, as organizações, as comunidades tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir e criar e gerir.

Desta forma, vale ressaltar que a consulta de enfermagem não contempla parcialmente uma tecnologia de cuidado específico da enfermagem, pelo contrário, ela compõe uma sistematização de um cuidado holístico, que uma vez inserido no contexto de vida do ser humano, torna-o apto para retomar o controle e a autonomia de suas decisões.

⁴⁷ FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

⁴⁸ Disponível em:

http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf

O enfermeiro não pode ater-se somente aos procedimentos como a anamnese, encaminhamentos e orientações sobre os métodos contraceptivos. O processo de se planejar junto com a família requer do enfermeiro percepção aguçada para sinais de comportamentos, verbais e não-verbais, que denunciem informações essenciais para orientações mais precisas e motivadoras.

O enfermeiro deve buscar, desde o primeiro contato com o paciente, criar e manter um vínculo de confiança, tendo a cautela de não falhar com seu compromisso ético-profissional, não infringindo o espaço e as escolhas da paciente. O incentivo constante do paciente quanto à sua participação nos programas de planejamento familiar, desenvolve responsabilidade, consciência crítica e dignidade de forma adequada para os próximos entraves que irão surgir com o passar do tempo.

Seja na atenção primária, secundária ou terciária, o enfermeiro deve se mostrar atuante frente à equipe de saúde, sempre prezando a honestidade, a ética, o profissionalismo, o bom relacionamento interpessoal e a competência.

Uma assistência de qualidade e voltada de forma integral ao paciente gera informações que antes eram desconhecidas por esse público. As pessoas sabendo dos seus direitos, tendo conhecimento dos métodos contraceptivos existentes, das suas vantagens/benefícios e a maneira correta de utilizá-los poderão planejar a sua vida sexual com mais responsabilidade evitando, dessa forma, a gravidez indesejada.

Vale lembrar que muitos usuários não procuram esse tipo de atendimento, pois não possuem conhecimento a respeito do que é efetivamente planejamento familiar ou ainda desconhecem que esse é um serviço oferecido pelas Unidades de Saúde, apesar de ser esta uma política prioritária do Ministério da Saúde e direito de todas as pessoas em idade reprodutiva. Para atrair essa clientela é necessário que o serviço de saúde e os profissionais que trabalham nele sejam criativos e utilizem estratégias diversas como a consulta de enfermagem para garantir o atendimento desse público.

É fato que os serviços públicos de saúde não estão plenamente capacitados com todos os recursos e conteúdos que qualificam a realização de uma consulta de enfermagem. Entretanto, os enfermeiros precisam ir além dessas barreiras, se reciclando através dos programas de educação continuada, aprofundamento de seus

conhecimentos e formulando estratégias para que essas dificuldades sejam superadas e a população não seja prejudicada.

5.3 A situação das consultas de Enfermagem nas unidades de saúde do Rio Vermelho e CAIC

Levando em consideração todos os aspectos que foram descritos nos subitens acima e, ao mesmo tempo, tentando minimizar uma necessidade manifestada pelas unidades, optou-se em realizar o presente trabalho focando o aprimoramento da consulta de enfermagem voltada ao planejamento familiar com a jovem mulher nas Unidades de Saúde dos bairros do Rio Vermelho/SC e CAIC/RS.

Em qualquer área na qual se volte a consulta de enfermagem, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser enfatizadas, porém, o relacionamento interpessoal remete a uma faixa importante, e muitas vezes, de difícil acesso. Citando Verdi (2005) ⁴⁹: “Na consulta de enfermagem o componente relacional é muito significativo, uma vez que a qualidade das interações pessoais pode determinar o grau de aproximação entre enfermeiro e indivíduo e/ou famílias”.

Para obter sucesso na realização da consulta, não importa de qual origem ela seja, é fundamental levar em consideração as vivências do paciente. O que ele sabe a respeito, suas culturas, crenças, medos, desejos para que dessa forma consiga-se estabelecer vínculo e prestar um atendimento de qualidade.

No que se refere ao planejamento familiar sabe-se que é regulamentado pela Lei nº 9.263/96 e é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Seu objetivo é a regulação da fecundidade através da limitação ou aumento da população pela mulher, pelo homem ou pelo casal, através de ações preventivas e educativas, pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis em todos os ciclos vitais. Além disso, temos a Cartilha dos Direitos Sexuais e Reprodutivos – uma

⁴⁹ VERDI, Marta; BOEHS Eggert Astrid; ZAMPIERI M. Fátima Maria de. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde – Textos Fundamentais**. Saúde Coletiva e Saúde da Criança, volume I. Florianópolis, 2005.

prioridade do Governo que além de reforçar os objetivos e prioridades da Lei nº 9.263/96 traz como novidade o aparecimento da proposta que o SUS deve ampliar o acesso à esterilização cirúrgica voluntária, em função da grande demanda que se pode observar na prática.

O acesso ao conhecimento necessário é uma das formas de garantir a redução de gestações indesejadas ou não programadas e o planejamento familiar é dirigido tanto a mulheres quanto aos homens.

As consultas de enfermagem voltadas ao planejamento familiar realizadas na ULS do Rio Vermelho são agendadas duas vezes por semana, às terças e quartas-feiras, nos períodos vespertino e matutino respectivamente, em média cinco pacientes por período. Estas são realizadas pelos enfermeiros da unidade, em salas de espaço físico insuficiente para o conforto e bem-estar das famílias orientadas e pouca disponibilidade de recursos informativos. A alta demanda proveniente da comunidade sobrecarrega o trabalho dos enfermeiros, fazendo com que a consulta realizada tenha uma duração inferior a 30 minutos, prejudicando a qualidade no atendimento e o estabelecimento de algum vínculo com as famílias que buscam orientação.

Já na UBSF do CAIC, as consultas de enfermagem são agendadas três vezes por semana e em média são atendidos de 5 a 7 pacientes por período. Na segunda-feira à tarde, consulta de enfermagem geral (queixas, patologias, planejamento familiar, resultado do citopatológico e outros exames, ou seja, todas as demandas que não sejam Papanicolau ou pré-natal), na terça-feira à tarde, consulta voltada ao planejamento familiar e coleta de exame Papanicolau, nas quintas-feiras pela manhã também é voltada ao planejamento familiar e coleta de exame Papanicolau e à tarde para o pré-natal.

Este atendimento é realizado numa sala ampla, a qual possibilita atividade de orientação e educação através de materiais informativos, como mural ilustrativo dos métodos contraceptivos, álbum da anatomia do aparelho genital masculino e feminino, proporcionando, assim, bem-estar dos usuários. As consultas duram de 30 a 50 minutos, o que garante a qualidade do atendimento e o estabelecimento de vínculo profissional-usuário. As pessoas atendidas nas consultas aproveitam esse momento também para desabafar e falar do contexto onde vivem das suas dificuldades, fazendo

com que o trabalho da enfermeira se estenda além do meramente biológico, acrescentando auxílio psicológico a cada um.

É importante ressaltar que a maioria dos usuários que procuram esse tipo de atendimento, na unidade do Rio Vermelho, tem idade acima de 25 anos e estão em busca do encaminhamento para realização da vasectomia ou da laqueadura, visto que já possuem mais de três filhos na sua grande maioria. No CAIC as mulheres que procuram o serviço também são em grande parte maiores de 25 anos e procuram solucionar algum problema relacionado à parte ginecológica e/ou contraceptiva.

Com relação ao atendimento a jovens mulheres entre 15 e 24 anos, em ambas as unidades pode-se afirmar que o mesmo está comprometido visto que esse público raramente procura a unidade para orientação específica com o enfermeiro sobre planejamento familiar. Essas jovens mulheres somente procuram o serviço quando necessitam de alguma intervenção medicamentosa ou precisam fazer algum exame, a procura raramente é de cunho preventivo. Muitas ainda, apesar de já terem iniciado a atividade sexual, demonstram desconhecimento a respeito da importância da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo de útero e outras nem sequer têm conhecimento que existe esse tipo de atendimento de demonstração dos métodos contraceptivos, orientações sobre a forma de utilização, benefícios e contra-indicações.

No Rio Vermelho, as consultas não possuem instrumento ou roteiro que direcionem as perguntas, dificultando a sequência lógica de pensamento na entrevista inicial e trazendo risco de perda de informações importantes para identificação de problemas.

Com propriedade Verdi (2005) recomenda⁵⁰ que:

Em se tratando de um guia, este recurso deve servir para balizar a entrevista e, também, para garantir que os itens importantes não sejam esquecidos. Logo, a aplicação de um roteiro deve ser flexível, obedecendo ao próprio fluxo que se estabelece no desenrolar da entrevista.

⁵⁰ VERDI, Marta; BOEHS Eggert Astrid; ZAMPIERI M. Fátima Maria de. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde – Textos Fundamentais**. Saúde Coletiva e Saúde da Criança, volume I. Florianópolis, 2005.

Desta forma, este trabalho procura, acima de tudo, resgatar e cultivar humanidade e dignidade na comunidade do Rio Vermelho e do CAIC por meio do aprimoramento das consultas de enfermagem voltadas ao planejamento familiar no atendimento da jovem mulher. Ao profissional enfermeiro cabe a valorização que merece como educador e formador de opinião, tendo em vista a responsabilidade que carrega e o compromisso com a saúde da comunidade.

5.4 Aplicação da proposta de qualificação das consultas nas unidades de saúde do Rio Vermelho e CAIC

A aplicação desta proposta surgiu a partir de problematização realizada pelos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da 8ª Unidade Curricular da Universidade Federal de Santa Catarina com profissionais das próprias Unidades Locais de Saúde. Foram realizados encontros com os enfermeiros e a coordenação das unidades, a fim de se identificar as principais necessidades de aprimoramento destas consultas, como também o acompanhamento dos acadêmicos durante a realização das consultas de rotina e a coleta de dados com base nos altos índices de gravidez durante a fase da adolescência ou recorrência desta por parte de muitas jovens.

Utilizou-se a metodologia de observação ativa nas consultas de enfermagem realizadas rotineiramente, com a finalidade de conhecer a maneira como era realizada nos dois locais de prática, seus pontos positivos e fragilidades.

Observou-se nos campos de estágio, principalmente na ULS RV que os usuários não tinham conhecimento a respeito do significado da palavra Planejamento Familiar, além de desconhecerem o fato da existência de consultas a respeito desse tema e que esse tipo de serviço era fornecido pela unidade. Muitas pessoas procuram a unidade para saber como conseguem um encaminhamento para realização da vasectomia e laqueadura, mas não procuram informação sobre os outros métodos contraceptivos fornecidos pela unidade. Além disso, percebeu-se, por esta observação,

a importância de enfatizar o papel da mulher no seu auto-cuidado, no planejamento familiar e na prevenção de uma gravidez não planejada.

Em vista dessa falta de informação, e necessidade das realidades surgiu a proposta de realização deste estudo que vem ao encontro da nova política de planejamento familiar que visa atenção integral à saúde da mulher, homem e adolescente fornecendo informações sobre métodos contraceptivos com o objetivo de promover a prevenção de HIV/Aids, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Além disso, esta política também visa ampliar o acesso à esterilização cirúrgica voluntária pelo SUS. Lembrando que em função dessa procura para realização de laqueadura e vasectomia ser grande nas unidades e com base nos dados coletados, foi levantada a proposta de aprimoramento da consulta de enfermagem a jovens mulheres voltada ao planejamento familiar mediante a coordenação da ULS-RV, UBSF CAIC e a junta de enfermeiros dos locais.

Após discussão da proposta junto às unidades, houve a elaboração dos roteiros (atendimento, perguntas norteadoras das gravuras e avaliação) por parte dos acadêmicos, com perguntas abertas e fechadas (roteiro de avaliação). O roteiro de atendimento continha informações de identificação pessoal e sócio-cultural além de questões que se julgou importante para a execução do trabalho como: início da atividade sexual, número de filhos, métodos contraceptivos e as questões relacionadas ao planejamento familiar.

Para a escolha do público, foram selecionadas mulheres que já haviam passado por, pelo menos, uma gestação e que tivessem entre 15 e 24 anos de idade para que fosse possível conhecer a representação de uma gravidez na vida de uma jovem mulher, bem como orientar a respeito da contracepção.

Na ULS RV foram inicialmente identificadas mulheres que haviam sido cadastradas no programa SIS Pré-Natal no ano de 2006, até janeiro de 2007. Após esta etapa foi estabelecido contato telefônico com cada mulher, a qual era comunicada sobre a realização do estudo pelos acadêmicos e convidada à participação. De acordo com a manifestação do interesse, realizava-se o agendamento. Na UBSF CAIC, essa seleção foi realizada com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais têm conhecimento de todas as pessoas da área. Dessa forma, priorizando àquelas

que tinham mais necessidade de orientações, cada ACS selecionou em média 2 a 3 mulheres de sua microárea para uma consulta agendada com a acadêmica.

Com relação à implementação da consulta, pode-se afirmar que esta foi realizada em 5 etapas:

A primeira etapa, início da consulta, apresentava-se Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) que explicava à paciente sobre o compromisso dos estudantes em manter sigilo das informações ali coletadas, bem como da omissão de qualquer responsabilidade da paciente frente ao surgimento de qualquer ordem de problemas inesperados. Este termo era assinado pela paciente, quando maior de 16 anos, ou por um responsável, quando menor de 16 anos, oficializou o compromisso entre estudantes e pacientes.

A segunda etapa era a aplicação do Roteiro de Atendimento (Apêndice B) na qual continha alguns questionamentos já citados anteriormente onde permitia a mulher sentir-se livre para expressar seus sentimentos e dúvidas a respeito dos temas abordados.

Na terceira etapa utilizavam-se algumas perguntas norteadoras (Apêndice D) baseadas em gravuras (Apêndice C) apresentadas as pacientes, que continham questionamentos no qual ela poderia expressar suas emoções a respeito da gravidez precoce, convívio social e familiar, relacionamento interpessoal e auto-estima.

Na quarta etapa ocorria a exposição e orientações sobre métodos contraceptivos por meio de um mostruário (Apêndice E) onde continham todos os métodos contraceptivos fornecidos pelas unidades. Nesse momento eram apresentados os métodos a paciente e solucionadas possíveis dúvidas que viessem aparecer. Vale ressaltar que cada unidade construiu seu próprio mostruário, porém as informações contidas eram as mesmas para as duas realidades.

A quinta e última etapa era a aplicação de um Instrumento de Avaliação (Apêndice E), no qual era preenchido no final das consultas pelas pacientes que avaliavam a eficácia da consulta. Se era válido tal atendimento, qual foi o aprendizado obtido e sugestões para a melhoria da assistência.

A proposta de aprimoramento da consulta visa aproveitar ao máximo o tempo disponível de cada consulta melhorando o atendimento à mulher, para que a mesma se

sinta livre para expressar seus sentimentos e dúvidas; visa também priorizar o atendimento individualizado, facilitando a exposição do pensamento e posicionamento da paciente; proporcionar atendimento em espaço físico e condições humanas de segurança e conforto, preservando assim o bem-estar físico e psico-emocional do paciente e do profissional; orientar sobre os direitos reprodutivos da mulher, vista como principal sujeito deste processo, capaz de decidir por si mesma, e não somente optar pela distribuição de métodos contraceptivos e orientação destes.

6. CONFRONTANDO AS REALIDADES DAS CONSULTAS IMPLEMENTADAS NA VIVÊNCIA DAS COMUNIDADES DO RV E CAIC.

O delinear do presente trabalho evidencia a contribuição para o âmbito da consulta de enfermagem, no que se refere a sua resolutividade, abrangência e atenção às necessidades humanas básicas. Nos capítulos anteriores abordaram-se tanto fatos históricos sobre o surgimento, evolução e percalços na construção da consulta de enfermagem, como sua implementação específica como um instrumento flexível e eficaz quanto ao tema proposto voltado ao planejamento familiar e a atenção à saúde da jovem mulher. Desta forma, este capítulo vem descrever a aplicação prática dos conceitos citados neste trabalho, a fim de que os mesmos se somem aos relatos de experiências vivenciadas nas realidades das comunidades do RV e CAIC e, por fim, resultem no entendimento e reflexão do leitor quanto aos horizontes da consulta de enfermagem e sua efetividade na prática.

Antes de iniciar a comparação das realidades é importante ressaltar qual a expectativa dos acadêmicos a respeito do número de consultas a serem realizadas durante o aprimoramento da consulta de enfermagem voltada ao planejamento familiar nos diferentes campos de prática. O período selecionado para a implementação de tal atendimento foi de 26/09 a 26/10 de 2007. Para garantir o sigilo das mulheres submetidas às consultas, utilizou-se o codinome de deusas gregas.

Na ULS-RV o número esperado de consultas de enfermagem para esta finalidade era de no mínimo cinco, devido à baixa demanda, desconhecimento da população a respeito desse serviço e do forte pensamento curativista, ainda vigente na comunidade. No período delimitado pelos acadêmicos para a realização das consultas observou-se uma baixa adesão por parte da população, sendo possível à realização de apenas 04 consultas. Além dos fatores acima descritos, um fator determinante do não comparecimento por parte dos usuários, já anteriormente agendados, foi o mau tempo.

Na UBSF- CAIC o número esperado de consultas era aproximadamente 10,

sendo possível somente a realização de 07 consultas. Um fato relevante na realização deste trabalho nesta unidade foi a dificuldade em trazer as jovens mulheres para dentro do serviço de saúde. Mesmo com a flexibilidade de horários, de acordo com o que ficasse melhor para as pacientes, um grande número não compareceu e, com isso, encontra-se a primeira grande barreira ao se tratar da atenção à saúde das jovens mulheres, principalmente as menores de 20 anos. Essas jovens são, em sua maioria, pessoas saudáveis (por isso raramente procuram a unidade) e ainda com o pensamento no modelo de atenção biomédico somente procurarão a unidade quando estiverem frente a uma intercorrência, uma gravidez não-planejada ou uma doença propriamente dita.

Essa é uma faixa etária que não procura a unidade por vergonha, algumas adolescentes alegaram não pegar preservativo na unidade por vergonha/medo de encontrar algum familiar ou vizinho, *"todo mundo que vai lá no posto é conhecido, se eu encontrar uma tia ou amiga da mãe elas vão contar pra ela, elas sabem que não estou doente, o que vou estar fazendo lá, aí por isso eu não vou lá"* (Atena)

Outro fator que impede o contato com a unidade é a falta de informação a respeito da existência de tal serviço, *"não sabia que lá no posto eles dão pílula pras pessoas e nem que fazia esse exame aí"* referindo-se ao Papanicolaou; ou por desconhecimento da importância do tema, ao serem questionadas sobre métodos contraceptivos e sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero algumas adolescentes responderam, respectivamente, nunca ter utilizado e não saber do que se trata.

O atendimento individualizado, isto é, a consulta de enfermagem compreendida como uma relação de ajuda e uma situação de aprendizagem entre paciente e enfermeiro, busca resolver os problemas identificados e relacionados ao bem-estar do paciente. Permite ao paciente que expresse seus sentimentos, facilitando, assim, para ambos o diagnóstico dos problemas de saúde. É, portanto, uma estratégia para alcançar o público jovem ainda distante por proporcionar a interação, a aproximação e contato com o ser humano, oportunizando o desvelar, a compreensão, a descoberta, a escuta, a observação e a tomada de decisão, favorecendo o estabelecimento do vínculo enfermeiro-paciente e o diálogo.

O contexto em que as adolescentes estão inseridas constitui fator extremamente relevante para compreender e orientar quanto aos assuntos relacionados à sexualidade. Mesmo sendo complexo, este tema exige atenção das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família, especialmente pela sua dimensão social. A primeira relação sexual entre os adolescentes determina o início da exposição ao risco de uma gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS. Sendo assim, a precocidade das relações sexuais leva a um conseqüente aumento do tempo de exposição, o que resulta em implicações tanto no âmbito social quanto da saúde.⁵¹

A abordagem com os pacientes na consulta iniciou com a idéia que eles traziam consigo a respeito do significado do vocábulo: Planejamento Familiar. Percebeu-se, em ambas as unidades, que todos os pacientes que passaram pela consulta desconheciam o significado ou tinham uma idéia errada a respeito deste. Essa afirmação pode ser evidenciada por meio dos relatos a seguir:

Íris: “Acho que é ter uma vida a dois, trabalhando, eu e meu marido. Um ajudando o outro, né... não sei, eu acho que é isso. Pensar no futuro também (...) sempre levar os filhos no médico, sempre fazer o pré-natal (...) vindo todo mês (...).”

Afrodite: “Olha, a primeira vez que eu fui, que eu percebi, era só pra me dar meu anticoncepcional e pra ver como eu tava da gravidez. Era consulta depois de 3 meses após a gravidez.”

Hera: “Ah sei lá, saber algo mais sobre a minha vida... assim, sobre a vida das pessoas, o que elas pensam, como que é a convivência do dia-a-dia delas. Como elas se previnem, se elas se previnem, se é correto, se é errado (...) assim, a dois entre homem e mulher, se eles se cuidam direitinho assim né!”

⁵¹ DANTAS, C.N. **A consulta de enfermagem à luz da teoria de Paterson e Zderad: avaliação do significado para as mulheres da prevenção do câncer do colo do útero.** Natal, 2004. Tese de mestrado apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O Ministério da Saúde procura transmitir a população à idéia de que Planejamento Familiar é um direito de todos, tanto homens, mulheres ou casais em idade sexual reprodutiva, de poder ter autonomia sobre sua sexualidade, planejando ou não uma gravidez. Entretanto, os pensamentos evidenciados nas falas acima mostram que alguns pacientes possuem um conhecimento, mesmo que limitado, a respeito do tema referindo saber que esse atendimento serve para obtenção de anticoncepcionais ou outros métodos que previnam a gravidez e possíveis doenças. Outras vêm como um planejamento assistencial para toda a família, principalmente no âmbito do atendimento curativista.

A transferência de informações que ocorre no sentido vertical muitas vezes é perdida ou mal interpretada pela maioria dos espectadores. A informação que realmente deseja ser passada deve ser de forma clara, objetiva e voltada para o público-alvo, que nesse caso são as jovens-mulheres.

Alguns estudos apontam para uma triste realidade: há, no Brasil, milhares de bisavós com 45 anos. Três gerações de adolescentes-mães reproduzindo o mesmo padrão de baixa auto-estima, ignorância, falta de auto-conhecimento físico e psíquico, falta de perspectiva de vida, abandono dos estudos e construção de famílias desestruturadas com a ausência da figura paterna na criação dos filhos.

A adolescência é uma fase permeada de bruscas mudanças na vida da mulher. Um novo círculo de amigos surge, uma nova oportunidade de sentir as primeiras transformações fisiológicas do corpo, a procura de uma identidade que se enquadre no meio de convívio, enfim, uma nova dimensão de sexualidade. Em quase todos os casos, essa fase de transições gera insegurança e medo do está por vir. A incerteza de ser mulher-criança, mulher adolescente ou mulher-madura é uma prova de coragem e flexibilidade frente às influências advindas da massa humana.

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência. Mais do que a falta de informação, o medo de assumir a vida sexual e a falta de espaço para discussão de valores no seio de suas famílias levam as adolescentes a engravidar. Mesmo tendo o conhecimento sobre o uso dos métodos contraceptivos, muitas adolescentes engravidam precocemente, praticamente com a mesma incidência daquelas que não detém estas informações.

Como já fora dito, o Ministério da Saúde é o órgão governamental responsável pela transmissão de informações, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos. Sendo conservadores ou liberalistas, a própria cúpula parlamentar enfrenta dificuldades em aprovar projetos/leis que realmente garantam acesso irrestrito à informação, sendo esta suficiente para alcançar as adolescentes mulheres passíveis desta situação indesejada. E estas situações, não ocorrem simplesmente por descuidos ou falha dos métodos contraceptivos, mas também por abusos sexuais, os quais se somam a violência indiscriminada, traumas psicológicos e abortos.

No segundo momento durante as consultas visou à construção de uma consciência reflexiva sobre a gravidez na adolescência vivenciada pelos pacientes atendidos. Percebeu-se que a maioria das mulheres já tinha algum conhecimento a respeito de métodos contraceptivos e algumas até utilizavam. Vale enfatizar que na UBSF CAIC, o conhecimento sobre os métodos é advindo, principalmente, de orientações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Porém, isso não impediu que a gravidez precoce e indesejada acontecesse.

Hera: “(...) Ele deixou a camisinha, a gente fazia, tinha relação numa boa, tanto é que quando eu fiquei grávida, eu queria ficar grávida. Que eu via minhas amigas com neném eu dizia porque eu não vou ser mãe”.

Íris: “Eu sempre usava camisinha, entendeu... por isso eu acho que eu ratiei, porque eu usava camisinha quando perdi minha virgindade e depois engravidei assim tão fácil! Acho que foi um descuido tão bobo que não precisava ter (...) Foi uma coisa tão boba”.

Afrodite: “Assim, foi irresponsabilidade minha, porque ele pedia pra mim tomar, ele dava o dinheiro do remédio pra comprar e tal, só que eu não queria comprar assim do nada na farmácia, porque a minha irmã ficou 3 meses menstruando seguido (...) Aí fiquei meio assim”.

Esses relatos demonstram que muitas vezes não é por falta de informação que ocorre a gravidez. Pode-se observar que nos três relatos, os casais tinham conhecimento e em algum momento utilizaram algum método. Talvez pelo tempo de namoro, maior sentimento de confiança entre o casal, por achar que nunca aconteceria ou até mesmo por irresponsabilidade e imaturidade do casal essa proteção foi deixada de lado e a gravidez acabou acontecendo.

Íris: “Não fiquei triste por eu estar grávida, fiquei triste pelas conseqüências, porque eu era nova, que era meu namorado ainda e não era meu marido e que nossa (...) Pensei em fazer burrada, pensei em tirar. A minha mãe que disse: filha, não faz isso que isso não adianta. Mas depois eu fui me acostumando, tive o apoio da minha mãe e de todo mundo e isso me acalmou”.

Afrodite: “Antes de ter um filho me sentia uma menina normal, só precisava amadurecer conforme o tempo, que tinha que se concentrar nos estudos, ter um pouco mais de responsabilidade, que é o que faltou”.

Selene: “Ah eu fiquei assim um pouco desesperada né, porque não era hora, porque era muito cedo isso tudo né. Mas depois a gente aceitou numa boa. No começo a gente fica né... eu não pensei em tirar de jeito nenhum porque isso a gente não faz né!”.

Hera: “Ai quando eu fiquei grávida, foi a maior alegria do mundo né, aquele exame pra mim, aquele positivo chorei até não dizer chega”.

Os relatos das pacientes do RV mostram que, apesar da pouca idade, o sentimento inicial foi o choque, porém com o decorrer do tempo todas as mulheres aceitaram bem a gravidez, sentiram o peso e a responsabilidade de carregar um ser novo e totalmente dependente dentro de si e realmente tentaram assumir o papel de mães. Muitas relatam que gostariam sim de ser mães, mas não com essa idade.

Quando questionadas sobre a sensação de ser mãe, relatos interessantes surgiram e um sentimento foi unânime entre todas as pacientes: Amor incondicional. Essa afirmação pode ser confirmada com o relato abaixo de uma das pacientes contando como foi a sensação na hora do parto da sua primeira gestação.

Afrodite: “Uma sensação muito boa (...) Sei lá, dá vontade de chorar, dá vontade de rir (...) se não fosse muito gasto ter filho, eu gostaria de ter tudo de novo, só pra passar a gestação, a hora do parto, essas coisas. A sensação é muito boa, só que o problema é condições financeiras”.

É interessante registrar que os objetivos e os sonhos que essas jovens-mulheres tinham antes da gestação permanecem ainda bem fortes depois do nascimento do primeiro filho. Muitas querem terminar os estudos, ter sua casa própria, comprar um carro, proporcionar melhores condições de vida para os filhos, dar a eles o que elas não tiveram quando crianças e acima de tudo, criá-los com uma boa educação e amor.

No CAIC, com relação à gravidez na vida da jovem mulher foi encontrada aquela que ainda está na escola, mora com os pais e, inclusive pensava em concluir os estudos, pelo menos até o ensino médio. E como consequência da gravidez, tem-se a saída de casa e a interrupção dos estudos para dedicar-se ao filho e à nova família.

Penélope: “Antes eu podia sair pro baile, ir na casa das colegas pra conversar, acordar tarde, é diferente porque era só eu, agora tenho que acordar cedo, dá trabalho né, não é fácil né, a hora é errada”.

As meninas não conhecem seu ciclo menstrual, não brincaram de casinha, não tiveram um modelo dentro de casa, sonham - mesmo com 3 filhos aos 18 anos, como em muitos casos - em recriar uma nova família, como em seus sonhos cor-de-rosa, onde seriam, enfim, felizes e fazendo tudo como gostariam que fosse. Brincam de boneca com um bebê de verdade.

Há também aquela que, representa a realidade de grande parte das jovens

brasileiras que, mesmo diante da possibilidade de evitar, optam por ser mãe. É necessário, pois, analisar que devido à falta de estrutura familiar, falta de perspectiva em relação ao futuro, criação com pais exageradamente permissivos a jovem acaba iniciando atividade sexual precocemente e com múltiplos parceiros, abandona a escola por vontade própria e sai de casa para morar com um parceiro e daí surge o desejo de ser mãe, mesmo que nem se sinta como uma mulher ainda. Aí está o começo de transformação do curso natural da vida e, não exatamente na ocorrência da gravidez, o problema tem sua gênese bem antes, a gravidez precoce é somente uma consequência desses diversos fatores.

Vênus: “Mas me diz doutora, tem alguma coisa de errada comigo não tem? Minha sogra diz que eu sou podre por dentro porque todo mundo da minha família pega filho fácil, minhas irmãs, minha mãe, minha tia e eu não”

Outro ponto citado e discutido durante a consulta foi a atitude que os familiares e amigos tomaram após saber que a paciente estava grávida. Percebeu-se que, no Rio Vermelho, a maioria das pacientes não tinha um diálogo aberto com a família e principalmente com a mãe a respeito da sexualidade, das mudanças que acontecem no corpo durante a adolescência. Essa falta de diálogo é esperada pelo fato de ser uma comunidade mais conservadora, de uma época mais antiga e que não tinha o costume de conversar abertamente com os filhos a respeito de temas tão íntimos.

Selene: “Eu acho assim, às vezes eu penso que a minha mãe deve ter, devia ter me dado mais atenção, acho que ter falado mais que é a vida. Não aprendi nada disso com ela. Aprendi sozinha, aprendi feio com a vida”.

Relatos como esse evidenciam realmente a falta de diálogo familiar e o como isso refletiu na vida da paciente. Talvez se houvesse esse tipo de conversa, o caminho teria sido diferente.

Além disso, foi praticamente unânime o medo de contar sobre a gravidez para os familiares, principalmente a mãe. Medo de decepcionar e destruir com as

expectativas que as pessoas haviam depositado para o futuro da garota. Essa idéia fica bem clara no relato de Afrodite que afirma que *“Na primeira hora, quando peguei o resultado, eu fiquei meio chocada, eu não sabia como ia contar pra minha mãe”*.

Todas afirmam que no início foi difícil, algumas receberam apoio familiar, outras enfrentaram problemas sérios como o incentivo ao aborto em função de serem muito novas para terem um bebê. Os relatos a seguir confirmam essas afirmações:

Íris: “Ela queria que eu tirasse, mas meu marido nunca quis (...) por isso que eu tenho um pé atrás com a minha ex-sogra”.

Afrodite: “Daí eu e ele escondemos da minha mãe, a gente ficou com medo que mandassem a gente tirar e a gente não queria tirar (...) Depois só com cinco meses que eles ficaram sabendo”.

Selene: “A reação da minha sogra foi dar remédio para abortar (...) ela rejeitou e me deu remédio pra mim tirar e aí chegou num ponto assim... eu não vou tomar mais nada, seja o que Deus quiser e depois eu fiquei com medo de meu filho nascer com problema de tanto remédio que ela me deu, me encheu de remédio”.

Apesar disso, no final todas confirmam ter recebido apoio de no mínimo um familiar sendo do lado do pai ou da mãe. Com relação aos amigos, observa-se que após a gravidez muitas mulheres deixaram de ter contato com amigos da escola, vizinhos ou a turma que gostavam de sair, muitos amigos desapareceram e julgaram a jovem em função da gravidez.

Íris: “A minha mãe foi a melhor (...) E o meu ex-marido né, ele sempre quis e deu a maior força, e a minha mãe, mas o resto, todo mundo criticou, todo mundo falou: Ai, porque tu tá grávida, porque tu não tira, és muito nova”.

Observa-se que é um assunto delicado, pouco discutido e que a maioria das mulheres não planejou a gravidez, ela simplesmente aconteceu. O interessante é que

todas as mulheres entrevistadas nunca pensaram em tirar a criança, apesar de terem tido esse tipo de sugestão por parte de amigos e familiares.

Já no CAIC, apesar de não haver um diálogo aberto também entre mãe e filha, as famílias, no geral, reagem bem à notícia de uma adolescente grávida, pois há uma cultura local de “casamento” precoce, seja em busca de um futuro menos sofrido por parte da jovem ou falta de alternativa da mãe, já que uma filha saindo de casa é uma pessoa a menos para alimentar.

Penélope: “Lá em casa todo mundo ficou feliz, aceitaram muito bem, porque é o primeiro netinho né, agora é o xodó da casa, minha mãe adorou!”

Pandora: “Não contei pra minha mãe no começo, ela descobriu sozinha, vivia atrás de mim dizendo:- Tu ta grávida não ta! Tu ta diferente! Não to nada mãe! Ta sim, eu sei, vou ter um netinho hein!! Minha mãe aceitou numa boa”

No terceiro momento da consulta, fazia-se uma discussão a respeito dos métodos anticoncepcionais que a unidade fornecia e destes quais as mulheres conheciam. O que se observou é que as pacientes possuem conhecimento a respeito dos métodos mais usuais como camisinha masculina e anticoncepcional oral. Algumas já tinham ouvido falar do DIU e do anticoncepcional injetável. Os demais métodos apresentados como o diafragma, camisinha feminina e gel espermicida eram novidades para as pacientes tanto no Rio Vermelho quanto no CAIC.

Quando a paciente visualizou o mostruário surgiu o seguinte relato: *“Aquelela camisinha ali eu tenho lá em casa faz anos (...) Não uso porque sei lá, porque eu ganhei, deixei ela lá e quando eu uso mesmo, uso camisinha normal”*. Quando questionada se já havia experimentado surgiu à afirmação: *“Não, não... Se eu falar pra ti que eu usei eu to mentindo. Nunca usei mesmo. Eu nem sei como é!”* (Íris).

Ao apresentar a camisinha feminina, outros questionamentos surgiram como: *“É uma vez só que usa? (...) É mais cara? A gente não ganha essa camisinha, né? (...) Ganha? Não sabia também, pra mim é novidade, não sabia que ganhava”*. (Íris).

O que fica bem evidente é que o desconhecimento a respeito dos métodos existentes ainda é muito grande, não só por parte de jovens de 15 anos, mas mulheres teoricamente experientes. Este é um tema que deve ser trabalhado por parte da equipe de saúde para que dessa forma seja possível reduzir os índices de gravidez, principalmente na adolescência, que são o grande problema de muitas comunidades atualmente.

Relatos como estes chamam a atenção no sentido de se dar mais ênfase para a educação em saúde, pois não adianta somente oportunizar os métodos contraceptivos à população. Há a necessidade de intervenções e de inclusão de conteúdos relacionados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, transformação do corpo e fisiologia da reprodução nos atendimentos individuais e nas visitas das adolescentes às unidades.

Outra estratégia a ser utilizada é a programação de atividades educativas, como grupos de adolescentes, palestras nas escolas e na própria unidade de saúde, complementando a perspectiva de promoção da saúde e prevenção de riscos biológicos, sociais e emocionais nessa faixa etária e a criação de espaços para informação/reflexão sobre corpo, sexualidade e auto-cuidado.

Neto (2003) constata por meio de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde que grande parte da população tem acesso à informação básica sobre o uso de anticoncepcionais, e que apesar dos adolescentes possuírem este conhecimento, acabam mantendo relações sexuais sem os cuidados necessários e, dessa forma, engravidam inesperadamente. A essa constatação acrescenta-se que as informações básicas são adquiridas, prioritariamente na escola e considerando o abandono escolar nas fases iniciais, há um número considerável de adolescentes que amadurecem sem ter conhecimento sobre as mudanças do seu corpo e as maneiras de se proteger e evitar uma gravidez.

Enquanto consciência de cidadania, a formação acadêmica nessa área constitui um desafio cultural e deve proporcionar o rompimento do conservadorismo, preconceito e tabus relacionados com a vida sexual e reprodutiva.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou aos acadêmicos mostrar a direção para resolução de um problema identificado durante a realização de Estágio Curricular Obrigatório, realizado em dois locais distintos, uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis – SC e outra de Rio Grande – RS. A consulta de enfermagem foi a estratégia de intervenção utilizada para abordar o tema e aproximar o público-alvo do estudo.

Para a escolha e aplicação do tema foi realizado um levantamento das necessidades e prioridades de cada realidade. Após, formulou-se uma proposta que apresentava como objetivo aprimorar o cuidado a jovens mulheres durante a consulta de enfermagem, articulando a política de planejamento familiar às características sócio-culturais de cada comunidade.

Vale ressaltar que durante a escolha do tema, observou-se que ambas as unidades possuíam um espaço específico em suas atividades para a realização deste tipo de atendimento, porém este ficava comprometido na ULS-RV pela falta de demanda; ou por desconhecimento da existência desse serviço por parte da população e o pensamento curativista observado nas duas unidades.

Para realização das consultas formularam-se três instrumentos norteadores, que serviram de guia e foram importantes para o estabelecimento de vínculo profissional-paciente, possibilitou conhecer a situação sócio-cultural em que a paciente vive e qual a influência destes fatores na vida dela, além de conversar e discutir a respeito da gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

Verificou-se que no decorrer das consultas assuntos como a falta de diálogo familiar sobre sexualidade e informação sobre as mudanças que ocorrem na adolescência, o desconhecimento dos métodos contraceptivos e, principalmente, a imaturidade do casal foram fatores determinantes para a ocorrência da gravidez na adolescência. E, especificamente na UBSF-CAIC, um fator importante encontrado foi a evasão escolar que culmina com a falta de perspectiva em relação ao futuro,

desinformação a respeito das transformações do corpo e meios de fazer sexo seguro e, também o forte desejo de ser mãe ainda na adolescência.

Outro dado importante que surgiu foi o fato de a segunda gestação, assim como a primeira, ocorrer pela distração/esquecimento (irresponsabilidade) ou utilização inadequada do método contraceptivo por parte da paciente, mostrando que mais uma vez a gravidez não ocorreu de forma planejada pelo casal. O intervalo pequeno entre um filho e outro leva a problemas como dificuldade para manter uma família com um membro inesperado a mais, principalmente nas comunidades mais carentes.

O impacto da gravidez precoce foi percebido de maneira diferente nas duas unidades. Acredita-se que o perfil sócio-econômico e a cultura local tenham grande parcela nesses resultados, ou seja, o meio em que as jovens mulheres estão inseridas contribui (ou não) para uma gravidez não planejada ou uma desejada durante a adolescência. Ressalta-se, assim a importância de se conhecer a comunidade e entender porque tal problema está acometendo a população local antes de aplicar qualquer proposta de intervenção.

Isso poderia ser evitado ou minimizado na ULS-RV se houvesse uma política de planejamento mais intensa. Assim como na UBSF-CAIC, o tema deveria ser abordado não somente dentro das unidades locais com as pessoas que procuram o serviço, mas também nas escolas das comunidades, com crianças a partir da quinta série do ensino médio, com a criação de grupos de adolescentes e de planejamento familiar, pois se sabe que esses jovens apresentam pouca informação a respeito do tema apesar de iniciarem sua atividade sexual precocemente.

Como resultados do instrumento de avaliação aplicado às mulheres, obtivemos os seguintes resultados: Todas as mulheres avaliaram a consulta como ótima. Assuntos como métodos contraceptivos e sexualidade apareceram como os de interesse maior por parte das pacientes. A grande maioria demonstra nunca ter conversado sobre planejamento familiar com outras pessoas, nem na escola, nem com familiares e/ou profissionais da saúde. A maioria das mulheres descreve não ter conhecimento à cerca de todos os métodos oferecidos pelas unidades. Os de maior

conhecimento são a camisinha masculina e anticoncepcional oral. Todas afirmam que o mostruário favoreceu o aprendizado. Deixam como sugestão: a importância de levar esse tipo de atendimento / informação a todos.

Encontrou-se como dificuldade o não comparecimento das pacientes que haviam agendado a consulta previamente em função do mau tempo na ULS-RV e em ambas as unidades por falta de interesse ou por não terem com quem deixar as crianças pequenas. Outra dificuldade encontrada foi a limitação de espaço físico especificamente na ULS-RV, que em alguns momentos comprometeu o atendimento.

Em contrapartida, surgiram como facilidades e pontos positivos o apoio de toda a equipe nas duas unidades e a participação ativa das pacientes no decorrer da consulta, que compreenderam a importância do tema e acreditaram no trabalho que estava sendo realizado pelos acadêmicos e proporcionaram condições para que o mesmo fosse desenvolvido conforme planejado.

Contudo, quer se deixar como contribuição para as unidades e, principalmente para os profissionais enfermeiros, a importância da realização da consulta de enfermagem que ainda é pouco realizada por alguns profissionais, mas acima de tudo a importância da consulta voltada ao planejamento familiar com jovens mulheres. Viu-se que esse tipo de atendimento é pouco procurado nas unidades e quando é realizado, fica voltado para realização da laqueadura e vasectomia e a discussão com os demais métodos fica, muitas vezes, esquecida.

Vale lembrar que o profissional enfermeiro tem o compromisso ético e social de promover ações que visem melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento daqueles que são atendidos. Muitas vezes, pequenas atitudes ou gestos podem evitar problemas maiores e se houver diálogo, troca de informações e um trabalho em conjunto entre familiares, profissionais da saúde e jovens adolescentes, muitos casos de gravidez na adolescência poderão ser evitados.

REFERÊNCIAS

BEAL, Marisa Gonçalves. Hansmann, Marília Zanotta. Carneiro, Oscar Décio. Nascimento, Sandra. Relatório dos destaques do município.2000. Disponível em: <http://www.riograndeturismo.com.br/site/index.php?caderno=48>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estati.shtm>. Acesso em 04/10/2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presid.php?id_noticia=207&id_pagina=1. Acesso em 07/10/2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em 04/10/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 05/10/2007

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL, **Decreto-Lei nº 005.452**, 1943.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, **Lei nº 8.069**, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, 1996.

CARVALHO, M. A. B. D., SOUZA, D. V., OLIVEIRA, D. S., PERES, L. P. M. Gravidez na adolescência : aspectos sócio-econômicos. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia Atual**. v. 08 2002

DANTAS, C.N. **A consulta de enfermagem à luz da teoria de Paterson e Zderad: avaliação do significado para as mulheres da prevenção do câncer do colo do útero**. Natal, 2004. Tese de mestrado apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ESTEVEES, J. R. ; MENANDRO, P. R. M. . Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal - RN, v. 10, n. 0, p. 363-370, 2005.

FAVERSANI, Maria Cristina S.S.; MARQUES, Scheila Bianchi; BLANK, Vera Lúcia Guimarães. Capítulo 5 – Bases Epidemiológicas para a Prática da Vigilância da Saúde. p. 99-133. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde - Textos Fundamentais**. v. 1. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/ SBP, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.06, n.03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em: 05/10/2007.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. Organização e supervisão Lya Luft. São Paulo: Ática, 2000.

MANDÚ, E. N. T. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. **Revista Adolescer: compreender, atuar, acolher**. ABEn – Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/revista/cap3.1.html>

MANDÚ, Texeira Nei Edir. **Saúde Reprodutiva: Abordagens para o Trabalho de Enfermeiros (as) em Atenção Básica**. Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem. Volume 1. Cuiabá, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário** - processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a Saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

MENDES, Vilaça Eugênio. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOURA, E. R. F. SILVA, R. M. **Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a23v9n4.pdf>

NETO, A.C. de S. **Gravidez na Adolescência**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br>

Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 19/09/2007.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

Regionais e Unidades Locais de Saúde. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> Acesso em 27/10/2007

RIOS, Fria Tereza Cláudia. VIEIRA, Cunha Francenely Neiva. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Revista Ciência & saúde coletiva v.12 n.2. Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. J. P. da A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.9, n. 3, p.114 - 9, 1990.

SILVA, Maria da Graça. **A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **A Consulta de Enfermagem como Prática de Reflexão sobre a Saúde do Cliente com Doença Arterial Coronariana e seus Fatores de Risco.** Florianópolis, fevereiro de 2002. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. **Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Conceções, Estratégias e Práticas.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf.

VELASCO, Sírio Lopez. COUSIN, Claudia Silva. MORAES, Eliane Serpa. KERKHOFF, Josseane. **Modelagem Sócio-Ambiental de um bairro popular.** Rio Grande, julho de 1998. Tese de Mestrado apresentada na Fundação Universidade Federal do Rio Grande/ Rio Grande.

VERDI, Marta; AMADIGI, Felipa Rafaela. Capítulo 4 – Vigilância da saúde: Estratégia para a Mudança das Práticas de Saúde no SUS. P. 75-98. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde - Textos Fundamentais.** v. 1. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/ SBP, 2005.

VERDI, Marta; BOEHS Eggert Astrid; ZAMPIERI M. Fátima Maria de. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde – Textos Fundamentais.** Saúde Coletiva e Saúde da Criança, volume I. Florianópolis, 2005.

ZAMPIERI M. Fátima Maria de; GARCIA Z. Regina Olga; BOEHS Eggert Astrid; VERDI Marta. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher – Textos Fundamentais**. Série Atenção Primária à Saúde, volume II. Florianópolis, 2005.

Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Florian%C3%B3polis>. Acesso em: 01/10/2007

<http://www.visitefloripa.com.br/at.php?cod=56>. Acesso em 25/10/2007.

http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf. acesso em: 01/10/2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO

Eu,..... sob
responsabilidade de estou
plenamente de acordo com minha participação no projeto intitulado **PLANEJAMENTO FAMILIAR DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM: APRIMORANDO O CUIDADO NO ATENDIMENTO DE JOVEM MULHER NAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC E RIO GRANDE - RS**, desenvolvido pelos acadêmicos Ana Paula Trombetta, Jônatas Carolino dos Santos Júnior e Juliana Cipriano Braga Silva, estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina sob a orientação da professora doutora Maria do Horto F. Cartana.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é aprimorar o atendimento de jovens mulheres durante a consulta de enfermagem, articulando a política de planejamento familiar às características sócio-culturais da comunidade. Estou esclarecido quanto ao compromisso dos pesquisadores que serão respeitados os princípios contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação neste estudo, bem como, de que não haverá nenhum ônus para os sujeitos participantes.

Autorizo os autores a utilizarem os resultados deste estudo para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento.

Florianópolis ____/____/____.

Participante do Estudo

Responsável pela Participante

Pesquisadora Responsável: Maria do Horto F. Cartana

Telefone para contato: 8419-1681/8421-0191/9934-5418

3721-9480 (Departamento de Enfermagem)

***Nota:** Estes termos assinados em 2 vias, ficará uma de posse do pesquisador e outra do(a) participante da pesquisa.*

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ATENDIMENTO A JOVENS MULHERES

- O que é Planejamento Familiar para você? _____
- Idade: _____
- Estado civil: _____
- Motivo da consulta: _____
- História prévia: _____
- Mora com quem: _____
- Renda mensal (aproximada): _____
- Que série está: _____
- Trabalha: _____
- Menarca: _____
- Início da atividade sexual: _____
- Quantos parceiros: _____
- Método contraceptivo: _____
- Conversa com seu parceiro a respeito do método contraceptivo?

- Filhos: _____
- Como se sentiu quando soube que estava grávida: _____
- Como se sentiu no final da gestação? E após o primeiro contato com a Criança? _____
- Como a sua família / amigos reagiram com a notícia da sua gravidez?

- Após o nascimento, qual sentimento você deseja transmitir a seu filho?

- Deseja ter filhos: _____
- Conhece o Preventivo? _____
- Se sim, por quem ficou sabendo: _____
- Já fez preventivo? _____
- Comparando com teus amigos, tu foste criado mais solto ou mais em casa?

- Tu gostas de morar no teu bairro ou gostarias de te mudar?

- Quais são os teus planos para o futuro?

APÊNDICE C – GRAVURAS



APÊNDICE D – PERGUNTAS DAS GRAVURAS

- 1) Quais eram seus planos, idéias e objetivos antes de engravidar? Você já se via como uma mulher?
- 2) Relacionado a isso, o que mudou?
- 3) Quais foram às mudanças que aconteceram na sua vida relacionadas à família, amigos e o meio que você freqüentava? E a você mesma?

**APÊNDICE E – MOSTRUÁRIO PARA DEMONSTRAÇÃO DOS MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS FORNECIDOS PELAS UNIDADES**



ULS – RIO VERMELHO



UBSF - CAIC

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO A JOVENS MULHERES

1) Como você avalia essa Consulta?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Ruim ☐ Outros: _____

2) Qual assunto trabalhado você achou mais interessante?

☐ Sexualidade

☐ Planejamento Familiar

☐ Métodos Contraceptivos

☐ Outros: _____

3) Você já tinha conversado sobre planejamento familiar com outra pessoa?

☐ Sim, com minha mãe.

☐ Sim, com minhas amigas.

☐ Sim, com meu namorado/marido.

☐ Sim, com profissional da saúde

☐ Não

4) Você saiu com alguma dúvida?

☐ Não ☐ Sim Qual(ais): _____

5) Você já conhecia todos os métodos contraceptivos que a unidade fornecia?

☐ Não ☐ Sim Qual(ais): _____

6) Acha que o mostruário favoreceu o aprendizado a respeito dos métodos contraceptivos?

☐ Não ☐ Sim Por que: _____

7) Sugestões:
